



**Faculté des sciences sociales et humaines
Département de psychologie et d'orthophonie**

Mémoire de fin de cycle

Pour l'obtention de diplôme de Master
Option: Psychologie clinique

Le lien d'attachement chez les personnes souffrant d'un trouble mental

Realisé par:
Mlle. Atmani Fatima

Sous la direction:
Dr. Mekhzem Kahina



Remerciements

Je remercie dieu le tout puissant de m'avoir donné la santé et la volonté d'entamer et de terminer ce mémoire.

À travers ces quelques lignes, je tiens à me remercier moi-même pour le travail accompli, la persévérance et l'investissement dont j'ai fait preuve tout au long de la réalisation de ce mémoire. Ce fut un parcours exigeant, semé de défis et de remises en question, mais j'ai su avancer avec détermination et engagement Merci à moi-même pour ne pas avoir abandonné et pour avoir cru en mes capacités.

Tout d'abord, ce travail ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu avoir le jour sans l'aide et l'encadrement de Mme Mekhzem, je la remercie pour la qualité de son encadrement exceptionnel, pour sa patience, sa rigueur et sa disponibilité durant la préparation de ce mémoire.

Je tiens à remercier dans un premier temps, toute l'équipe de L'EHS en psychiatrie de Oued ghir, spécialement mes responsables de stage, en particulier Dr. Yazid et Mme Belaid pour avoir assuré la partie pratique de ce travail. Mes remerciement s'adresse également à tout mes professeurs pour leurs générosités et la grande patience dont ils ont su faire preuve malgré leurs charges académiques et professionnelles.





Dédicaces :

Je dédie ce modeste travail

*À ma chère mère, À
mon cher père,*

Qui n'ont jamais cessé, de formuler des prières à mon égard, de me soutenir et de m'épauler pour que je puisse atteindre mes objectifs. Pour leurs soutiens moral et leurs conseils précieux tout au long de mes études.

À ma chère sœur, Sara ma deuxième figure d'attachement

À mes proches qui me donnent de l'amour et de la vivacité

À ma chère grand-mère, à Qui je souhaite une bonne santé.

À tous mes amis qui m'ont toujours encouragé, et à qui je souhaite plus de succès.

La liste des abréviations :

APA : American Psychological Association

CIM: la Classification Internationale des Maladies

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECR- R: The Experiences in Close Relationships-Revised

INSERM: Institut national de la santé et de la recherche médicale

MIO: Les modèles internes opérants

OMS: Organisation mondiale de la Santé

TCC: Les thérapies comportementales et cognitives

La liste des tableaux :

N°	Tableau	Page
01	Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche.	55
02	Résultats de l'échelle (ECR-R) Saïd	97
03	Résultats de l'échelle (ECR-R) Bachir	100
04	Résultats de l'échelle (ECR-R) Karima	103
05	Résultats de l'échelle (ECR-R) Yacine	106
06	Résultats de l'échelle ECR-R Lyla	109
07	Résultats de l'échelle ECR-R Nassim	112
08	Résultats de l'échelle ECR-R Saleh	115

Sommaire

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Introduction..... 1

Cadre générale de la problématique

Problématique	3
Le choix de thème	4
Les objectifs de la recherche.....	5
L'opérationnalisation des concepts	5

Partie théorique

Chapitre I: les troubles mentaux

Preambule	7
1. Historique	8
2. Définition des troubles mentaux.....	9
3. Classification des maladies mentales	10
3.1 Le DSM5 -TR.....	10
3.2 La CIM 11	11
4. Les manifestations des troubles mentaux.....	12
4.1 La dépression	12
4.2 La schizophrénie	15
5. Étiologie des troubles mentaux.....	16
5.1 L'étiologie de la dépression.....	17
5.2 L'étiologie de la schizophrénie	20
6. La prise en charge.....	22
6.1 La dépression	22
6.1.1 Le traitement médicamenteux.....	22
6.1.2 Les psychothérapies.....	22

6.2	La schizophrénie	24
6.2.1	Le traitement médicamenteux.....	24
6.2.2	Les psychothérapies.....	25
6.3	Les thérapies basées sur l'attachement	26
	Synthèse.....	27

Chapitre II: L'attachement

Preamble	29	
1.	L'aperçu historique	30
2.	La définition de l'attachement.....	31
3.	Les concepts liées à l'attachement.....	32
3.1	La figure d'attachement.....	32
3.2	Le caregiving	32
3.3	Les émotions	33
3.4	Les modèles internes opérants	34
4.	La théorie d'attachement	34
4.1	L'apport de John Bowlby	34
4.2	L'apport de Mary Ainsworth	36
5.	La constitution de l'attachement.....	36
6.	Les types de l'attachement	38
6.1	Chez l'enfant.....	38
6.2	À l'âge adulte.....	40
7.	Les facteurs influençant la qualité de l'attachement.....	42
7.1	le rôle du tempérament	42
7.2	L'influence des parents.....	42
8.	Les conséquences à long terme de l'attachement	43
9.	Attachement et psychopathologie	44
9.1	Les troubles d'attachement	45

9.2	Le lien entre attachement et les pathologies psychiatriques	48
	Synthèse.....	49

Partie pratique

Chapitre III: Le cadre méthodologique

Preambule	51
1. La pré-enquête.....	52
2. La méthode de la recherche.....	52
3. Présentation de lieu de recherche.....	54
4. Le groupe de recherche	54
5. Les outils d'investigation	55
5.1 L'entretien clinique semi- directif.....	56
5.2 La présentation de l'échelle de l'ECR-R:.....	57
6. Déroulement de la recherche sur terrain	61
7. Les difficultés de la recherche	61

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses 64

1. Présentation et analyse des cas	64
1.1 Cas de Saïd:	64
1.2 Cas de Bachir.....	66
1.3 Cas de Karima.....	68
1.4 Cas de Yacine	70
1.5 Cas de Lyla	72
1.6 Cas de Nassim.....	75
1.7 Cas de Saleh.....	77
2. La discussion des hypothéses	79

Conclusion	83
-------------------------	----

Liste bibliographique

Annexes

Introduction

Introduction

Une personne sur huit dans le monde présente un trouble mental.

Un trouble mental est une souffrance intérieure et silencieuse peu comprise, il représente une altération durable du fonctionnement psychique d'une personne, qui peut affecter sa manière de penser, de ressentir et d'agir sur le plan social, professionnel ou personnelle. Ces maladies psychiques, notamment les troubles psychiatriques majeurs comme la schizophrénie et la dépression se caractérisent généralement par: un isolement social, des difficultés relationnelles, une faible communication et expression...

Étant donné que la majorité des personnes souffrant des troubles mentaux présentent des difficultés relationnelles et une perturbation des liens sociaux; il apparaît pertinent de s'interroger sur l'origine de ces altérations. Parmi les théories susceptibles d'expliquer cette problématique, la théorie d'attachement occupe une place centrale.

En effet, ces difficultés relationnelles fréquemment observées chez ces sujets peuvent être le résultat des styles d'attachement développés au cours de leur vie, notamment dans la petite enfance; ou bien les signes de ces troubles psychiques ont pu influencé sur la qualité d'attachement chez ses sujets . Afin de mieux comprendre les défis sociaux rencontrés par cette population fragile, il est essentiel d'explorer les fondements du lien d'attachement .

Dès nos tout premiers jours, nous commençons à créer des liens affectifs; à travers une série d'expériences et de souvenirs avec nos figures d'attachement et nos principaux cargivers, nous développons des idées et des croyances sur nous-mêmes et les autres. Cette période est très cruciale pour le développement du cerveau et l'acquisition des connaissances et compétences sociales.

Souvent, lorsque nous vivons ces expériences, nous ne réalisons pas leur impact. Mais lorsqu'elles se répètent et se renforcent, elles créent des empreintes émotionnelles qui forment la base de nos croyances fondamentales : ce que nous pensons de nous-mêmes, la manière dont nous interagissons avec les autres, et la façon dont on affronte les défis de la vie. En d'autres termes, nos expériences d'attachement développent notre système de fonctionnement interne à l'âge adulte, ou ce que Bowlby a nommé dans sa théorie de l'attachement : les modèles internes opérants.

Il s'avère que la plupart des individu s'identifient à l'un des quatre styles d'attachement suivants: attachement sécurisé, attachement insécurisé-ambivalent, attachement insécurisé-évitant

Introduction

et attachement insecure-désorganisé. Chacun de ces styles d'attachement se manifeste différemment et a des répercussions et impacts spécifiques dans la vie de chacun.

Ce modeste travail, se compose de deux parties : partie théorique et partie pratique.

On a abordé une introduction générale, ou on a présenté les deux variables de notre recherche, suivi par la présentation de la problématique et hypothèses de notre recherche, ensuite on a abordé la partie théorique qui se compose de deux chapitres:

Dans le premier chapitre nous parlerons des troubles mentaux, leur origine et évolution, définitions, leurs différentes classifications , et manifestations des deux troubles choisis : schizophrénie et dépression. Enfin les différentes prises en charge de chaqu' une de ces maladies mentales.

Dans le second chapitre nous parlerons de l'histoire de l'attachement, ses pionniers, définitions de l'attachement et de ses concepts clés, ensuite les phases de constitution de l'attachement, enfin nous allons démontrer les différents liens entre le lien d'attachement et pathologies psychiatriques, en s'appuyant sur les résultats des études antérieures.

La deuxième partie, qui est la partie pratique comprend également deux chapitres :

Le premier chapitre est méthodologique, dans lequel on va expliquer la méthode que nous avons adoptée, la présentation du lieu et des outils de la recherche.

Le deuxième chapitre inclut la présentation et l'analyse des 07 cas étudiés, ensuite on passera à la discussion des hypothèses. Et enfin on conclura notre travail par une conclusion générale.

Problématique

Problématique

La santé mentale composante essentielle de la santé, est un état de bien-être, une aptitude de l'esprit à fonctionner normalement et répondre de manière appropriée aux stimuli de l'environnement. On parle alors de troubles mentaux lorsque cet état de bien-être est perturbé par des affections psychiatriques. L'individu est alors dans l'incapacité de s'adapter aux situations difficiles voire douloureuses et de maintenir son équilibre psychique. (**FRC neurodon, s.d.**)

Les troubles psychologiques, également appelés troubles mentaux ou troubles psychiatriques, font référence à un large éventail d'affections qui affectent les pensées, les émotions, les comportements et la santé mentale en général. Ces troubles se caractérisent par des troubles importants de la cognition, de la régulation des émotions et du fonctionnement social, conduisant souvent à de la détresse et à des déficiences dans la vie quotidienne. (**thiyagarajan, 2024**)

Il est important de souligner que personne ni à l'abri des troubles mentaux, quels que soient son âge, son statut social ou son mode de vie. Parmi les maladies mentales les plus fréquentes on trouve: la schizophrénie et la dépression.

La dépression, est un trouble psychologique marqué par une profonde tristesse, une perte d'intérêt et de motivation, accompagné par des troubles physique; plus que 300 millions de personnes souffrant de la dépression. (**Curiol, 2018**)

La schizophrénie, La Schizophrénie s'entend d'une pathologie psychiatrique chronique et complexe qui peut avoir des formes si variées que certains parlent « des schizophrénies ». Elle induit chez le malade une perte de l'unité psychique et ainsi, un « relâchement des associations entre les idées, les émotions et les attitudes. C'est une affection qui touche environ 1% de la population. (**Artus, 2023**)

Il est bien évident, que les individus souffrant d'un trouble mental, y compris la schizophrénie et la dépression sont confrontés à de nombreuses Tensions relationnelles, à des difficultés d'adaptation sociale, et une image negative de soi et de l'autre.

Plusieurs études ont été réalisées sur la dimension relationnelle chez les sujets admis en psychiatrie: commençant par l'étude de Matthieu Reynaud (2011) sur “Le modèle de l’attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des Femmes hospitalisées souffrant de dépression” ; “Qualité de l’attachement dans la psychose et

figures spirituelles ” de Rieben Isabelle (2012) ; et Mme Berneau Charlotte (2019) avec son travail sur “Attachement chez les exclus et troubles psychiatriques ”...

Dans ce contexte, il nous a semblé essentiel d’aprofondir dans l’étude de cette dimension précise chez cette population vulnérable à travers le prisme de la théorie de l’attachement, qui met en évidence le rôle crucial des premières expériences relationnelles dans le développement psychologique d’une personne.

L’attachement est un concept que l’on attribue généralement à l’enfance. Ce n’est pas sans raison puisque la théorie de l’attachement fut développée à partir d’observations d’interactions entre le parent et l’enfant. Cette théorie soutient que les premières relations que l’enfant entretient avec ses figures de soin forgera ses représentations de soi et d’autrui. Selon la nature des soins prodigués par le parent, l’enfant intégrera une vision positive ou bien négative de lui et de l’autre. Ces représentations intégrées influenceront par la suite son mode relationnel tout au long de sa vie. L’attachement représente donc un concept important dans l’enfance, mais aussi toute la vie durant. Chaque adulte a en effet un style d’attachement qui influence ses relations sociales, ses relations amoureuses et sa parentalité. (**Lavallée,2023**)

Dans le cadre de cette étude descriptive, nous allons se concentrer spécifiquement sur des adultes souffrant de troubles mentaux diagnostiqués (en particulier la dépression et schizophrénie) ; ainsi la question que nous souhaitons explorer est la suivante :

Comment est la qualité d’attachement chez les personnes ayant un trouble mental ?

L’hypothèse principale :

La qualité d’attachement chez les personnes ayant un trouble mental est insécurisé- désorganisé.

Les hypothèses partielles:

La qualité d’attachement chez les personnes souffrant d’une dépression est insécurisé- ambivalent.

La qualité d’attachement chez les personnes souffrant d’une schizophrénie est insécurisé- désorganisé.

Le choix de thème :

Le choix de ce thème découle d’un intérêt personnel pour l’exploration des dynamiques affectives et relationnelles chez les personnes souffrant de troubles mentaux. En tant que future psychologue ; Il nous est apparu essentiel de mieux cerner comment le lien d’attachement se manifeste chez cette population fragile. Ce lien d’attachement, formé dès la petite enfance, peut

Problématique

être perturbé ou altéré chez les personnes présentant des troubles psychiques, ce qui influence leur comportement affectif, leur communication et leur rapport à autrui. Ce thème est donc

pertinent à la fois sur le plan clinique, et humain, car il contribue à une meilleure compréhension des besoins relationnels et du vécu émotionnel de cette population ainsi qu'à souligner l'importance de cet élément (attachement) dans les interventions thérapeutique , et le rôle d'une relation sécurisante dans la réussite de travail thérapeutique.

Les objectifs de la recherche :

- Identifier les types d'attachement observés chez des personnes présentant un ou plusieurs troubles mentaux.
- Décrire comment ces personnes expriment leur besoin d'attachement dans leurs relations (avec les soignants, les proches, etc.); gèrent leurs émotions; leurs images de soi et des autres.

L'opérmationalisation des concepts :

Un trouble mental: désigne un ensemble d'affections et troubles d'origines très différentes , chroniques ou récurrentes ; entraînant des difficultés dans la vie d'un individu (psychique, émotionnel et social) , des souffrances et des troubles du comportement. Les troubles psychiques touchent toutes les populations, sans distinction de sexe ou d'âge. Parmi les troubles mentaux les plus fréquents, on retrouve la dépression et la schizophrénie :

La dépression : est un trouble de l'humeur qui se caractérise par :

- La lassitude;
- Sentiment de tristesse;
- Troubles du sommeil;
- L'irritabilité;
- Sentiment de culpabilité et de dévalorisation persistant.

La schizophrénie : est un trouble mental grave “psychotique” , qui se manifeste au moins deux des symptômes suivants :

- Hallucinations;
- Idées délirantes;
- Désorganisation de la pensée, du langage, et comportement;
- Diminution de l'expression émotionnel;
- Le retrait social...

L'attachement : est un concept introduit par John Bowlby. Il fait référence à un lien affectif fort et durable, qu'un bébé tisse avec ses parents (les figures d'attachement), au cours des premières années de sa vie. À travers ce lien, l'enfant apprend à faire confiance, à gérer ses émotions et à établir des relations stables avec les autres. La qualité de cet attachement influencera par la suite la façon dont l'individu vivra ses relations à l'âge adulte.

Partie théorique

Chapitre I: les troubles mentaux

Préambule :

Un trouble psychique, qui peut être également désigné sous les termes de trouble psychiatrique ou encore de trouble mental. De différentes appellation qui désigne des problèmes d'origines très diverses qui entraînent des difficultés dans la vie d'une personne et/ou de sa famille, ainsi que des troubles émotionnels et comportementaux. Toutes les populations sont concernées par les troubles psychologiques, quel que soit le sexe ou l'âge. Ces troubles peuvent être temporaires ou permanents.

Parmi l'ensemble des troubles mentaux qui existent : les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles de personnalité, les troubles psychotiques... notre travail se concentrera particulièrement sur deux troubles: le trouble dépressif et la schizophrénie choisis en lien avec les cas rencontrés sur le terrain .

Il est essentiel de les étudier dans une perspective plus large afin de mieux comprendre ces troubles particuliers. Pour ce faire, nous commencerons par un bref aperçu sur l'évolution historique de la compréhension et de l'explication des troubles mentaux. Ce regard historique permettra de mettre en lumière l'évolution des perceptions à l'égard de la santé mentale au fil du temps. Ensuite, de différentes définitions et classifications des troubles mentaux seront présentées, en s'appuyant sur des sources reconnues telles que le DSM5 TR et la CIM-11.

Une fois ce cadre historique, et explicative est posé, on va se focaliser sur les deux troubles retenus dans ce travail. Où nous aborderons les manifestations cliniques propres à chaque trouble , ainsi que leur étiologie selon de différentes approches théoriques (biologique, psychodynamique, cognitive, systémique, etc.). Nous aborderons enfin, les modalités de prise en charge actuelles du trouble dépressif et de la schizophrénie seront présentées.

1. Historique :

Selon les époques, on dit que les troubles mentaux sont l'œuvre de Dieu, du diable ou des esprits, ou encore de l'inconscient, du cerveau, des gènes ou de la société. On les prend en charge par la parole, l'enfermement, ou les neuroleptiques. Certains amusent plutôt, comme l'alcoolisme ou Alzheimer jusqu'à une date récente. D'autres suscitent l'extrême méfiance comme la schizophrénie. D'autres encore intriguent l'opinion publique et la communauté scientifique mais s'avèrent des feux de paille, telles l'hystérie ou les personnalités multiples.

L'anorexie est acceptée chez les mystiques, le traumatisme est nié chez les soldats, quelques perversions sont passées dans les mœurs. On se déchire pour expliquer et soigner l'autisme, on s'inquiète de savoir si la tristesse ou la timidité ne seront pas bientôt des maladies. Les troubles mentaux ne sont décidément pas des faits médicaux comme les autres : ils intéressent la philosophie, la sociologie, et l'idée même que l'on se fait de l'être humain. Voici leur histoire, mouvementée, sinueuse, parfois choquante. Et, gageons-le : sans fin. (**Marmion, 2012**)

Mais si l'on sort de l'attrait pour les explications données suivant les époques, on peut remarquer que des nosographies psychiatriques existaient déjà dans l'Antiquité (Hippocrate, Galien...), avec parfois des termes toujours d'actualité, même s'ils ne désignent pas forcément les mêmes entités qu'actuellement (mélancolie, démence...). (**Bioy & Fouques, 2016**)

Tout au long du xixe siècle, les troubles psychiatriques sont synonymes de « troubles mentaux ». Le malade mental, ou « aliéné », est caractérisé avant tout par un dérangement de l'esprit, et c'est ce dérangement qui détermine les réactions émotionnelles et comportementales jugées pathologiques. (**Kapsambelis et al, 2012**)

On peut dire qu'en fait, le savoir psychiatrique ne s'est réellement constitué qu'à l'aube du XIXe siècle (le mot « psychiatrie » a été forgé en 1808 par Johann Christian Reil). En particulier, suite à un rapport d'Esquirol en 1818, la loi du 30 juin 1838 va fixer l'existence des hôpitaux psychiatriques, ainsi que les modalités de placement des patients dans ces institutions. (**Bioy & Fouques, 2016**)

2. Définition des troubles mentaux :

Les troubles mentaux (psychiatriques ou psychologiques) impliquent des perturbations de la pensée, de l'émotion et/ou du comportement. De petites perturbations de ces aspects de la vie sont fréquentes, mais lorsque ces troubles entraînent une détresse importante de la personne et/ou interfèrent avec sa vie quotidienne, ils sont considérés comme des maladies mentales. Les effets d'une maladie mentale peuvent être temporaires ou de longue durée. (**First, 2024**)

Dans la version du DSM IV , l'APA définit le trouble mental de la manière suivante : “Un trouble mental est un comportement clinique significatif ou un syndrome psychologique associé à une détresse ou une altération de fonctionnement. De plus, ce n'est pas simplement une réponse attendue, ni une réponse culturelle et ce n'est pas seulement une déviance sociale, politique, religieuse ou sexuelle sauf si la déviance est le symptôme du dysfonctionnement”. (**Habimana & Cazabon, 2013**)

Les troubles mentaux peuvent prendre de multiples formes selon le diagnostic établi: de déficiences psychiatriques majeures, telles que la schizophrénie et autres états psychotiques, les troubles bipolaires et les dépressions graves, les troubles de la personnalité majeurs et les toxicomanies sévères, jusqu'à des problèmes moins graves, tels que des troubles liés à l'anxiété ou des dépressions épisodiques, mais aussi à des symptômes tels que l'anxiété et la dépression, qui viennent souvent se greffer sur un handicap physique. (**OECD, 2012**)

Selon l'OMS, un trouble mental se caractérise par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants. Il existe de nombreux types de troubles mentaux, désignés aussi sous le nom de problèmes de santé mentale. Cette dernière expression, plus large, englobe les troubles mentaux, les handicaps psychosociaux et d'autres états mentaux associés à un sentiment de détresse, à des déficiences fonctionnelles ou à un risque de comportement auto-agressif importants. Les Principaux repères se concentrent sur les troubles mentaux décrits dans la Onzième Révision de la Classification internationale des maladies. (**Université de Lausanne, 2022**).

Le diagnostic d'un trouble mental:

Il n'est pas toujours possible de distinguer nettement la maladie mentale du comportement d'une personne saine. Par exemple, il peut être difficile de distinguer un deuil

normal d'une dépression chez une personne ayant subi une perte importante, telle que le décès d'un conjoint ou d'un enfant, car les deux situations provoquent de la tristesse et une humeur déprimée.

Ainsi, le mieux est d'envisager la santé et la maladie mentales comme un spectre. La distinction est généralement établie à partir des éléments suivants :

- a. La sévérité des symptômes;
- b. La durée des symptômes;
- c. Les effets des symptômes sur la vie quotidienne de la personne. (**First, 2024**)

3. Classification des maladies mentales:

3.1 Le DSM5 -TR:

Il regroupe les troubles mentaux en plusieurs catégories diagnostiques :

- **Troubles neurodéveloppementaux** : incluent le trouble du spectre de l'autisme, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), et les troubles spécifiques des apprentissages.
- **Schizophrénie et autres troubles psychotiques** : comprennent la schizophrénie, le trouble schizo-affectif et le trouble délirant.
- **Troubles bipolaires et apparentés** : englobent le trouble bipolaire de type I et II, ainsi que le trouble cyclothymique.
- **Troubles dépressifs** : incluent le trouble dépressif majeur, le trouble dépressif persistant (dysthymie) et le trouble dysphorique prémenstruel.
- **Troubles anxieux** : comprennent le trouble d'anxiété généralisée, le trouble panique, la phobie sociale et les phobies spécifiques.
- **Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés** : incluent le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), la dysmorphophobie et la thésaurisation pathologique.
- **Troubles liés aux traumatismes et au stress** : englobent le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le trouble de l'adaptation.
- **Troubles dissociatifs** : comprennent l'amnésie dissociative, le trouble dissociatif de l'identité et la dépersonnalisation.
- **Troubles somatiques et apparentés** : incluent le trouble à symptomatologie somatique et le trouble de conversion.

- **Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion :** englobent l'anorexie mentale, la boulimie et le trouble de l'hyperphagie boulimique.
- **Troubles du sommeil et de l'éveil :** comprennent l'insomnie, l'hypersomnie et les troubles du rythme circadien.
- **Dysfonctions sexuelles:** incluent le trouble du désir sexuel hypoactif et le trouble de l'excitation sexuelle féminine.
- **Dysphorie de genre :** concernent l'incongruence entre le genre ressenti et le genre assigné.
- **Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites :** englobent le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites.
- **Troubles liés à des substances et troubles addictifs :** incluent les troubles liés à l'usage de substances et le jeu pathologique.
- **Troubles neurocognitifs :** comprennent le délirium et les troubles neurocognitifs majeurs et légers.
- **Troubles de la personnalité :** regroupent les troubles de la personnalité paranoïaque, schizoïde, antisociale, borderline, histrionique, narcissique, évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive.
- **Paraphilic :** incluent le voyeurisme, l'exhibitionnisme et la pédophilie.
- **Autres troubles mentaux :** catégorie pour les troubles ne correspondant pas aux classifications précédentes. (**APA, 2022**)

3.2 La CIM 11:

La Classification internationale des maladies, 11e révision, (CIM-11) est un manuel publié initialement par l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) en 2019 qui utilise des catégories diagnostiques similaires à celles du DSM-5-TR. Cette similarité indique que les diagnostics de maladies mentales spécifiques sont en cours de standardisation et qu'ils deviennent plus cohérents au niveau mondial.

Les principales catégories incluent :

- **Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques :** schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble délirant.
- **Troubles de l'humeur :** trouble dépressif majeur, trouble bipolaire.
- **Troubles anxieux ou liés à la peur:** trouble d'anxiété généralisée, phobies.
- **Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés:** TOC, trouble de la thésaurisation.

- **Troubles liés aux traumatismes ou au stress :** TSPT, trouble de l'adaptation.
- **Troubles dissociatifs :** trouble dissociatif de l'identité, amnésie dissociative.
- **Troubles somatiques et apparentés :** trouble à symptomatologie somatique.
- **Troubles des conduites alimentaire :** anorexie mentale, boulimie.
- **Troubles liés à l'usage de substances ou aux comportements addictifs :** troubles liés à l'alcool, aux drogues, jeu pathologique.
- **Troubles neurocognitifs :** démence, délirium.
- **Troubles du développement neurologique :** trouble du spectre de l'autisme, TDAH.
- **Troubles de la personnalité :** trouble de la personnalité borderline, antisociale, narcissique.

La CIM-11 offre une approche plus flexible et intégrée, permettant une meilleure adaptation aux contextes culturels et aux avancées scientifiques. (**OMS, 2019**)

4. Les manifestations des troubles mentaux :

Après avoir présenté un aperçu général sur les troubles mentaux ainsi que de leurs classifications, cette partie se concentrera sur les manifestations cliniques des deux troubles spécifiquement étudiés au terrain de ce travail : le trouble dépressif et la schizophrénie.

4.1 La dépression:

Le taux de prévalence des troubles dépressifs atteint présentement des proportions alarmantes: presque une personne sur cinq sera affectée par la dépression au moins une fois dans sa vie, l'incidence annuelle étant d'environ 8% en Amérique du Nord et en France. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la dépression affecte environ 121 millions d'individus à travers le monde² et sera, en 2020, la première cause de souffrance chez la femme et la seconde chez l'homme (après les maladies cardiovasculaires). La dépression est une problématique biopsychosociale qui influence toutes les sphères du fonctionnement d'un individu et dont les répercussions vont bien au-delà des tourments personnels de ceux qui en souffrent. Les troubles qui en découlent, comme l'insomnie, la rumination et la perte de motivation, influencent l'environnement social, familial et professionnel de ces individus qui se retrouvent dans l'incapacité d'accomplir leurs rôles en société et qui deviennent, dans les cas les plus graves, sujets au suicide. (**Grondin, 2015**)

La dépression est, classiquement et encore de nos jours, considérée essentiellement comme un trouble de l'humeur. La notion d'humeur (ou de thymie) est complexe; on se réfère généralement à la définition qu'en a donné Jean Delay (1946): « Disposition affective de base

qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur». Lorsqu'elle est exaltée, l'humeur peut être triste ou au contraire euphorique. (**Allilaire, 2021**)

Le terme de dépression est relativement récent. On parlait auparavant, depuis Hippocrate, de mélancolie. Celle-ci était considérée comme une affection de la bile noire, en référence à la théorie des humeurs qui a prévalu durant toute la médecine pré-moderne. La mélancolie est donc longtemps restée considérée comme une maladie essentiellement somatique. Depuis Freud (1915), elle a été l'objet de nombreux travaux psychopathologiques. Cependant, le terme de mélancolie n'est plus guère utilisé dans le langage médical. Il a été remplacé par celui de dépression, qui connaît par ailleurs depuis quelques décennies un succès considérable auprès du grand public. (**Besançon et al , 2016**)

➤ **Les manifestations cliniques de la dépression :**

L' humeur dépressive: le mode d'expression de cette humeur dépressive est en effet le plus souvent caractérisé par une tristesse, qui se distingue de la simple tristesse que chacun peut éprouver, par la gêne fonctionnelle qu'elle entraîne. L'humeur peut aussi être perturbée sur un autre mode émotionnel que la tristesse: irritabilité (plus fréquente chez l'enfant et l'adolescent), ennui ou dysphorie plus vague. Il peut également être modifiée dans sa dynamique, c'est-à-dire dans sa sensibilité, sa réactivité aux stimuli environnementaux. Ainsi, le patient peut présenter une labilité émotionnelle qui peut le gérer considérablement dans le contrôle de l'expression de ses émotions, notamment des pleurs, et qui peut parfois confiner à l'incontinence émotionnelle. L'humeur dépressive s'accompagne souvent d'une anhedonie, incapacité à éprouver du plaisir, et d'une perte des intérêts pour les activités antérieurement investies. (**Even, 2021**)

Asthénie dépressive: L'asthénie est une fatigue dont l'intensité et la présence quasi-permanente définissent le caractère pathologique. C'est un signe d'appel non spécifique et dont l'intensité peut aller de la fatigabilité à l'épuisement intense. Cette asthénie dépressive contrairement à celle qui peut être consécutive à un désordre physique n'est pas améliorée par le repos et se caractérise par une prédominance matinale. (**Laurent et Vandel, 2016**)

Ideation dépressive : Elle est évidemment très profondément et fort réciproquement liée à l'altération de l'humeur, elle est marquée par la dévalorisation et la dépréciation de soi. Le sujet se sent insuffisant voire incapable ou même indigne. La culpabilité infiltre la pensée

Chapitre I: Les troubles mentaux

du patient et ne se limite généralement pas à la honte d'être malade. Il amplifie ses erreurs passées et se les reproche en reconstruisant négativement sa vie. L'avenir est également appréhendé avec pessimisme et perte d'espoir. (**Even, 2021**)

Ralentissement psychomoteur ou agitation : Le ralentissement psychomoteur domine le tableau clinique et n'est remplacé par une agitation que dans de très rares cas. Le ralentissement psychomoteur s'observe tant dans la présentation que dans la forme du discours. En effet les sujets souffrant de dépression apparaissent ralenties, avec une gestuelle lente et un faciès peu expressif, voire figé sur une expression de tristesse. Le discours quant à lui est énoncé d'une voix monocorde, avec lenteur (on parle alors de bradyphémie) et avec un délai de réponse verbale augmenté, témoignant du ralentissement idéatoire (bradypsychie). Le contenu du discours est pauvre, laissant percevoir des ruminations anxieuses voire un monoïdésisme. (**Laurent et Vandel, 2016**)

À degrés variable, les troubles cognitifs sont constamment retrouvés chez les patients déprimé. Les troubles cognitifs font référence au ralentissement psychique, aux troubles de l'attention, la concentration, et de la mémoire. Ils sont fonctionnels et réversibles (c'est -à-dire qu'ils Disparaissent lorsque l'état dépressif disparaît). Cependant la répétition d'épisodes dépressifs pourrait laisser des séquelles cognitives. (**Agbokou & Allilaire, 2010**)

Les symptômes somatiques: Les symptômes suivants peuvent être observés :

- anorexie-amaigrissement.: L'anorexie est une perte d'appétit plus ou moins marquée;
- Insomnie: Tous les types d'insomnie peuvent se rencontrer: l'insomnie d'endormissement souvent liée à des ruminations anxieuses, les réveils nocturnes et l'insomnie matinale (au moins deux heures avant l'heure habituelle de réveil);
- Baisse de la libido;
- Hyperphagie et hypersomnie, peu fréquentes mais souvent associées (10 % des dépressions). (**Even, 2021**)

Idées de mort et de suicide : Il faut rappeler que 50 à 80% des suicides surviennent dans un contexte dépressif. L'appréciation de ce risque est donc un enjeu majeur pour le clinicien dans l'évaluation d'un patient déprimé. Le clinicien doit connaître les facteurs de risque du suicide et notamment les antécédents personnels et familiaux de tentatives de suicide du patient. Il doit aussi prendre en compte de manière assez systématisée certains critères pour évaluer la gravité d'un antécédent de tentative de suicide :

- Le motif (désir de mort, recherche d'une reconnaissance de la souffrance, enjeux affectifs et relationnels);
- Le degré de probabilité d'intervention des secours;
- La radicalité de la méthode choisie;
- Le degré de l'atteinte somatique (passage en réanimation, séquelles, etc.). (**Even, 2021**)

4.2 La schizophrénie :

La schizophrénie et les troubles psychotiques fascinent et effrayent, parfois. Les personnes chez qui de tels diagnostics sont posés sont souvent perçues comme étranges, dangereuses ou marginales. Pourtant, il est fort possible que vous en côtoyez certaines en ignorant complètement leur diagnostic ! Afin de démystifier ces conditions de santé mentale, nous allons d'abord en décrire les manifestations, pour ensuite aborder leurs causes, et finalement, leur traitement. (**Grondin, 2017**)

Introduit en 1845 par le médecin allemand Ernst von Feuchtersleben (1806-1849), le terme de psychose désigne une perte de contact avec la réalité, ce qui peut mener à des troubles très importants, avec mise en danger du patient et/ou de son entourage. Il désigne tantôt une structure de personnalité, tantôt un état psychopathologique, et dans ce dernier cas peut alors désigner un trouble aigu ou chronique. Les psychoses ont donné lieu à de nombreuses nosographies. Par exemple, l'approche longitudinale d'Emil Kraepelin (1856-1926) qui décrivait la démence précoce qui deviendra la schizophrénie (terme apporté par Eugen Bleuler, 1857-1939). (**Bioy & Fouques, 2016**)

La psychose est définie comme un état de perte de contact avec la réalité. Cette perte de contact peut être massive ou très ciblée. Une perte de contact partielle avec la réalité pourrait ne concerner qu'un aspect ciblé, par exemple, la conviction erronée d'être poursuivi par un groupe criminalisé. Lorsque la perte de contact est massive, la personne peut devenir obnubilée par l'expérience de la psychose, au point d'être incapable de s'alimenter et d'entretenir la moindre conversation.

Le nom de schizophrénie vient des mots grecs « skhizein » qui veut dire fractionner et du mot « phrēn » qui signifie esprit. Ce terme permet d'illustrer l'éclatement des différentes fonctions :

- l'incohérence de la pensée ;
- la confusion des idées ;

- les bizarries au niveau du comportement ;
- les affects contradictoires. (**Habimana & Cazabon, 2013**)

Ce terme, qui a remplacé l'ancien terme de « démence précoce », désigne également un groupe de maladies mentales chroniques caractérisées par l'association (dans des formes et des proportions extrêmement variables) de trois grands ordres de troubles: la discordance (ou dissociation), le délire paranoïde et l'autisme. (**Besançon et al , 2016**)

Les manifestations cliniques de la schizophrénie :

Trois types de symptômes peuvent se manifester de façon chronique ou de façon épisodique (période de psychose) :

Ceux dits productifs (ou positifs): sont les plus impressionnantes: ils rassemblent les délires et les hallucinations et peuvent se traduire en un sentiment de persécution (paranoïa), une mégalomanie, des idées délirantes invraisemblables et excentriques, ou encore des hallucinations sensorielles (des perceptions vécues comme étant réelles, mais qui ne peuvent pas être confirmées par l'entourage. Tous les sens peuvent être impliqués: hallucination visuelle , olfactive, gustative, somatique, auditive (entendre des voix; cette dernière est la plus fréquente et par conséquent, elle caractérise mieux la schizophrénie). (**Habimana & Cazabon, 2013**)

Les symptômes négatifs (ou déficitaires): correspondent à un appauvrissement affectif et émotionnel. Le patient se met en retrait et s'isole progressivement de son cercle familial, amical et social. Il communique moins, présente une volonté limitée et manifeste une émotivité réduite. Il présente moins d'intérêt et de volonté et davantage d'apathie, ce qui peut ressembler à une dépression.

Enfin, les symptômes dissociatifs: correspondent à une désorganisation de la pensée, des paroles, des émotions et des comportements corporels. La cohérence et la logique du discours et des pensées sont perturbées. Le patient est moins attentif, présente des difficultés à se concentrer, mémoriser, comprendre ou se faire comprendre. Il peut avoir des difficultés à planifier des tâches simples comme faire son travail ou des courses, ce qui peut être source d'un handicap majeur dans la vie quotidienne. (**INSERM, 2017**)

5. Étiologie des troubles mentaux :

La cause exacte des troubles mentaux tels que la dépression et la schizophrénie reste inconnue, On pense actuellement que troubles sont causées par une interaction complexe de

facteurs: biologiques, psychologiques et sociaux. Voici l'explication étiologique pour chaque trouble selon des différentes approches théoriques :

5.1 L'étiologie de la dépression :

A. L'approche biologique :

Les facteurs biologiques comportent les facteurs génétiques (ou hérités) et divers facteurs neurologiques qui influencent la façon dont fonctionne le cerveau.

Les facteurs génétiques sont des tendances innées, ou non apprises, qui influencent les pensées, les émotions et les comportements, et qui peuvent contribuer au développement de troubles mentaux. Les facteurs génétiques influencent la façon dont se développent le cerveau et les neurotransmetteurs que le cerveau utilise pour la communication. Selon les résultats des recherches, les facteurs génétiques ont donc une part de responsabilité qui va de 30 à 60% dans l'apparition de troubles mentaux notamment la dépression, la schizophrénie. (**Plotnick, 2002**)

L'hypothèse principale que mettent en avant les paradigmes biologiques pour expliquer les troubles de l'humeur est celle d'un déficit en sérotonine. Cette hypothèse n'est pas principalement fondée sur l'observation de la concentration chez des personnes suicidées au cours d'une dépression mais bien sur le fait observé dès les années soixante par Glowinski et coll que la prescription de molécule contenant des précurseurs de la sérotonine ou de la sérotonine elle-même se traduit par une diminution significative de l'intensité des troubles de l'humeur. (**Combaluzier, s.d**)

Les auteurs ont ainsi constaté qu'en cas d'exposition à des évènements de vie stressants, les individus porteurs de la mutation présentaient davantage de dépression, de symptômes dépressifs ou de tendances suicidaires que les individus non porteurs. Cette étude fournit donc les preuves d'une interaction gène-environnement : les réponses aux agressions extérieures sont donc modulées par la constitution Génétique de chaque individu. Il est important d'insister sur le fait que « l'expression de la transmission de la vulnérabilité de la dépression » dépend fortement de l'environnement. (**Konne, 2012**)

Des concentrations anormales de certains neurotransmetteurs peuvent également perturber les réseaux de neurones du cerveau et, ce faisant, prédisposer aux troubles de l'humeur. Ainsi, des études récentes ont montré que des niveaux anormaux et continuels de stress font en sorte que le cerveau et la mécanique du corps qui gère le stress deviennent

hyperactifs, ce qui a pour effet de perturber les niveaux d'hormones et de neurotransmetteurs, et d'occasionner des épisodes dépressifs (**INSERM, 2017**)

B. Approche psychanalytique :

La théorie psychanalytique de la dépression a été exposée par Freud dans « Deuil et mélancolie » (en allemand « Trauer und Melancholie »), en 1916 . Pour Freud, la mélancolie est bien le deuil d'un objet perdu, même si ce dernier n'est pas consciemment repérable. Mais, à la différence de ce qui se passe dans le deuil normal, qui se résout par un déplacement de la libido vers de nouveaux objets, celle-ci se replie sur le Moi du mélancolique. Une partie du Moi, identifié à l'objet perdu, est dès lors en butte à la critique de l'autre partie du Moi. L'état maniaque est conçu par Freud comme une défense contre la perte d'objet, par la recherche désordonnée de nouveaux objets à investir. (**Besançon et al , 2016**)

Le travail original de Freud est principalement lié à la différence qui existe entre la peine (affliction) et la dépression (mélancolie). Dans le cas de la peine, il y a perte effective d'un objet et par conséquent le sentiment d'un monde vide et gris, mais il n'y a ni diminution de l'estime de soi, ni culpabilisation. Dans le cas d'une dépression mélancolique, il y a généralement perte émotionnelle d'un objet, due à la déception ou à des facteurs apparentés. (**Fredèn, 1982**)

C. Approche cognitive:

La théorie cognitive de la dépression la plus connue est la triade cognitive de la dépression de Aaron Beck.

Dans la théorie de Beck, les causes contributives distales sont la diathèse cognitive et le stress produit par les événements de vie négatifs. Selon Beck (1967), il y a une diathèse (une disposition) qui fait que certaines personnes ont tendance à présenter plus que d'autres des distorsions cognitives négatives sur soi, sur le monde et l'avenir. Dans la théorie de Beck, la diathèse cognitive est constituée de ce qu'il appelle un schéma. En conformité avec les psychologues cognitivistes (par exemple Neisser, 1967), Beck définit le schéma comme une représentation organisée des connaissances antérieures qui oriente le traitement de l'information actuelle. Le schéma est constitué à partir d'informations recueillies au cours d'expériences passées. Stocké dans la mémoire à long terme, le schéma fonctionne de manière automatique. Le schéma dépressogène a un contenu négatif qui fait référence à des notions comme la perte, l'échec, l'inadéquation, etc. (**Ionescu, 2019**)

Donc, le modèle de Beck postule que la dépression procède de la conjonction de 3 facteurs dont:

a/ Les facteurs cognitifs dont la Triade de Beck. Dans ce cadre, ces facteurs conduisent le sujet à percevoir le monde à travers un « filtre biaisé ». La personne ne retient que ce qui va dans le sens de sa vision (négative) des choses.

- La vision négative de soi;
- La vision négative du monde;
- La vision négative de l'avenir;

b/ Les Erreurs Cognitives ou Processus Cognitifs: distorsions dans la façon de traiter les informations.

c/ Les Schémas ou Postulats: systèmes d'organisation de la pensée limitants. (**Neveux, s.d**)

D. Approche comportementale:

En gros, il y a deux façons d'envisager la dépression en termes de théorie d'apprentissage. Pour certains (dont Lewinsohn et Mac Phillamy...), la dépression résulte d'un accès limité à des actions amenant un renforcement positif (récompense), peut-être parce que l'individu est incapable d'accomplir des actions amenant des récompenses. La dépression est alors déclenchée par la perte du renforcement positif et/ou par l'expérience d'une punition (renforcement négatif). Certains membres de cette école font également appel à des arguments d'ordre socio-psychologique. Ullman et Krasner font remarquer que notre société offre peu de rôles reconnus à ceux qui trouvent que la vie manque de signification. D'après ces mêmes auteurs, le rôle dépres-sif risque de devenir chronique chez les personnes incapables de trouver des actions et des objets compensatoires quand leur comportement antérieur ne leur fournit plus de renforcement positif. (**Fredèn, 1982**)

Martin Selgman, l'auteur de la théorie “d'impuissance apprise”, considère que les gens deviennent déprimés parce qu'ils se convainquent qu'ils sont impuissants à changer le cours de leur vie. Cette théorie découle des résultats observés lors de l'expérimentation sur des animaux. Lorsque les individus sont soumis à des situations incontrôlables, même lorsque ces situations cessent, ils peuvent rester avec la croyance qu'ils n'ont aucun contrôle sur leur vie. Lorsqu'un échec ou une difficulté survient, ils sont tout simplement dans l'attente d'autres échecs ou d'autres difficultés futures comme si c'était une fatalité. Comme le sujet ne fait aucun

effort pour s'en sortir, sa prédiction se réalise et cela devient un cercle vicieux. (**Habimana & Cazabon, 2013**)

5.2 L'étiologie de la schizophrénie :

La schizophrénie est une maladie dont l'origine est plurifactorielle. Son développement résulterait d'une interaction entre gènes et environnement, suggérant qu'il existe une vulnérabilité génétique précipitée par des facteurs environnementaux.

A. L'approche biologique :

Le cerveau contient quatre cavités, Appelées ventricules, qui sont remplies de liquide. Ce liquide amortit les chocs et constitue une réserve de nutriments et d'hormones pour le cerveau. Or, chez certains schizophrènes , les ventricules cérébraux sont plus gros que la normale, ce qui entraîne une diminution du volume du cerveau lui-même et des anomalies dans sa structure.

En étudiant des jumeaux monozygotes dont un seul souffrait de schizophrénie, des chercheurs ont observé une diminution de l'activité dans le lobe frontal du jumeau atteint. Ce phénomène serait à l'origine de plusieurs des problèmes cognitifs (désorganisation de la pensée), émotifs (réactions émotionnelles inadaptées) et de la personnalité (paranoïa) observés chez les schizophrènes .

D'autres recherches ont révélé que les lobes frontaux et temporaux des schizophrènes sont plus petits, car ils contiennent moins de neurones, et que moins de connexions neuronales sont possibles entre eux . Par conséquent, on observe chez ces personnes un déficit dans la transmission des éléments d'information, ce qui peut provoquer un mode de pensée et de raisonnement désorganisé, un autre symptôme de la schizophrénie. (**Plotnick, 2002**)

Le stress constitue un facteur majeur pouvant altérer divers mécanismes différents mécanismes biologiques (neurogenèse, activité des facteurs de croissance et survie des neurones...) au niveau de plusieurs structures cérébrales (hippocampe, cortex préfrontal, amygdale...). Cette association a été notamment bien décrites par les études issues du projet européen EU-GEI (pour European network of national schizophrenia networks studying gene-environment interactions), dont le but était d'étudier les déterminants génétiques de la schizophrénie et les facteurs déterminant l'émergence des troubles chez des sujets à très haut risque, présentant des symptômes atténués. (**INSERM, 2017**)

B. L'approche familiale:

Parmi les hypothèses de cette théorie et qui a particulièrement fait du tort aux familles de patients schizophrènes est celle de la mère schizophrénisante ». Cette dernière est décrite comme une femme froide, dominatrice, surprotectrice, castratrice, une mère qui étouffe toute autonomie chez l'enfant et ignore ses besoins affectifs. Ce faisant, dans son omnipotence, elle rend le père passif, effacé, incapable de défendre ses enfants contre la tyrannie maternelle.

L'hypothèse prétendait qu'avec de tels comportements, cette mère risquait de rendre ses enfants schizophrènes . Des recherches empiriques ont permis depuis d'élucider les causes de la schizophrénie et d'écartier ce genre d'hypothèses. Même si certaines mères sont effectivement froides ou retenues dans leurs manifestations affectives, cela peut être plutôt la conséquence de la maladie de leur enfant plutôt que la cause. Même le personnel médical, formé pour travailler avec cette clientèle, ressent parfois de l'exaspération, du découragement et de la lassitude face aux patients chroniques qui demandent beaucoup de soins, dont l'état de santé ne s'améliore pas et qui, par moments, peuvent avoir un caractère difficile. (**Habimana & Cazabon, 2013**)

Au milieu du Xxe siècle, Gregory Bateson et ses collègues ont introduit un concept révolutionnaire qui a remodelé notre compréhension du rôle de la communication dans les troubles psychologiques. La théorie de la double contrainte, comme on l'a appelée, suggère une interaction complexe entre les modes de communication familiaux et l'apparition de la schizophrénie et d'autres trouble émotionnels. Dans les familles de patients atteints de schizophrénie, on peut observer des perturbations de l'aptitude à focaliser une attention conjointe, suggérant que la communication déviante pourrait avoir été présente avant le premier épisode et dès lors jouer un rôle dans l'étiologie de la schizophrénie. Il semble aussi que les niveaux de communication déviante parentale augmentent avec le degré de sévérité de la maladie, celui des troubles de la pensée, et celui du déclenchement des rechutes. La recherche indique une corrélation directe chez les parents entre le niveau d'émotions exprimées et le score de communication déviante. (**Pirson & Salmon, 2018**)

6. La prise en charge :

6.1 La dépression :

6.1.1 Le traitement médicamenteux:

La thérapie médicale fait usage de médicaments psychotropes pour modifier les facteurs biologiques des troubles mentaux, tels que les concentrations de neuro-transmetteurs dans le cerveau.

Les antidépresseurs constituent une classe majeure parmi les psychotropes en raison de leur usage devenu très répandu: du fait de la morbidité élevée des troubles dépressifs et anxieux pour lesquels ils sont indiqués, de leur efficacité et de la facilité de maniement des molécules antidépresseuses récentes apparues à partir des années quatre-vingt. Comme leur nom l'indique, les antidépresseurs ont en commun la capacité de redresser l'humeur dépressive. Ils sont moins efficaces en cas de faible intensité de la symptomatologie dépressive (voire inefficaces pour traiter les coups de blues) ou de très forte intensité dépressive, (ce qui peut justifier un recours à d'autres thérapeutiques telles que l'électroconvulsivothérapie). (**Ansseau & Pitchou, 2021**)

6.1.2 Les psychothérapies :

La prise en charge et le traitement de ses troubles mentionnés ne se limitent pas à la prescription médicamenteuse. Ils comportent aussi des mesures d'ordre psychologique et social. En ce qui concerne les traitements psychologiques, les patients dépressive et schizophrènes doivent bénéficier au minimum d'une psychothérapie de soutien, c'est-à-dire d'entretiens réguliers faisant le point sur l'évolution des symptômes, les effets des traitements et les événements qui ont pu le déstabiliser.

➤ La thérapie Psychanalytique :

Briole et Gueguen (2003) mentionnent différentes thérapies psychanalytiques : la cure Psychanalytique type, la psychothérapie analytique brève focale et la Psychothérapie d'inspiration analytique. Ces thérapeutiques peuvent être qualifiées D'authentiquement analytiques puisqu'elles mobilisent le transfert. Freud explique alors le travail thérapeutique en deux phases : « dans La première, toute la libido se détache des symptômes pour se fixer et se concentrer sur les Transferts; dans la deuxième, la lutte se livre autour de ce nouvel objet dont on finit par Libérer la libido. Ce résultat favorable n'est obtenu que si l'on réussit, au cours de ce Nouveau conflit à empêcher un nouveau refoulement, grâce auquel la libido se réfugierait Dans l'inconscient et échapperait de nouveau au moi. Grâce au travail d'interprétation qui

Transforme l'inconscient en conscient, le moi s'agrandit au dépend de celui-là ». Le transfert permet de réveiller le conflit initial et trouver une autre solution que celle des symptômes, voies de satisfaction substitutive de la libido issue du refoulement et des Résistances internes du patient. (**Reynaud, 2011**)

➤ **Les thérapies cognitivo-comportementale:**

Plusieurs modèles de la dépression ont été proposés en thérapies cognitives et comportementales. On peut donc citer:

En demeurant avec la théorie de Beck; ce modèle propose également des interventions thérapeutiques ont pour objectif de diminuer l'intensité des éprouvés dépressifs, en aidant le patient à repérer ces cognitions dépressives, l'aider à les modifier en les critiquant, puis d'effectuer le même travail sur les schémas. En parallèle, des tâches comportementales vont viser progressivement à développer des activités de plaisir. L'utilisation conjointe de psychotropes et d'une TCC donne des résultats thérapeutiques satisfaisants, notamment en termes de prévention des rechutes dans les troubles dépressifs. (**Biøy & Fouques, 2016**)

Voici les techniques utilisées en TCC pour traiter les patients souffrant d'une dépression :

- Restructuration cognitive;
- Questionnement socratique;
- Colonnes de Beck;
- Mise à distance;
- Aider le patient à relativiser en prenant conscience de la part liée au pessimisme;
- Tâches comportementales visant à vérifier le caractère moins catastrophique de la situation. (**Neveux, s.d**)

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) est reconnue pour le traitement de la dépression majeure. On l'appelle ainsi puisqu'elle vise à modifier, d'une part, la façon de penser (cognitive) et d'autre part, la manière de se comporter de l'individu (comportementale). (**Habimana & Cazabon, 2013**)

➤ **La thérapie interpersonnelles:**

La psychothérapie interpersonnelle (PIP) est une thérapie à court terme, se déroulant sur 12–20 séances, qui est utilisée dans le traitement de la dépression. , elle vise à modifier les stresseurs interpersonnels accablants (tristesse non gérée, conflits de rôles, isolement, conflits

familiaux), L'objectif global de ces thérapies est d'améliorer les compétences relationnelles du sujet au moyen de séances d'entraînement à la communication ou de techniques de résolution de problèmes. (**Küchenhoff, 2012**)

La dépression serait donc presque toujours causée par une des quatre situations interpersonnelles suivantes :

- Les deuils non résolus (mort d'un proche) ;
- Les conflits avec les autres ;
- Les transitions de rôle difficiles (un nouvel emploi, un nouveau statut matrimonial) ;
- Un manque au niveau des habiletés sociales.

Ainsi, pour remédier à la dépression, le thérapeute et le client choisissent l'une de ces quatre cibles à l'origine de la dépression afin de travailler cet aspect plus en profondeur. (**Habimana & Cazabon, 2013**)

6.2 La schizophrénie :

6.2.1 Le traitement médicamenteux:

Jusqu'aux années 1950, la plupart des patients atteints de schizophrénie, notamment dans ses formes les plus lourdes, vivaient en institution dans les hôpitaux spécialisés que l'on appelait aussi asiles. Mais, à partir des années 1950, l'évolution de la maladie a été radicalement transformée grâce à l'apparition de médicaments beaucoup plus actifs que les thérapeutiques utilisées précédemment. L'avènement de ces produits, appelés neuroleptiques, remonte à 1952. C'est une découverte française due principalement à Jean Delay, Pierre Deniker et leurs collaborateurs de l'hôpital Sainte-Anne à Paris. (**Granger & Naudin, 2019**)

Sur le plan médicamenteux, le traitement de première intention repose sur un antipsychotique de 2e génération (ou antipsychotique « atypique » : rispéridone, aripiprazole, quetiapine, olanzapine). Il est généralement instauré progressivement, jusqu'à l'atteinte d'une dose efficace. Le traitement doit être chronique : maintenu au moins 2 ans après un premier épisode, et plus de 5 ans à partir du second. L'utilisation de solution injectable à action prolongée facilite la prise du traitement et le maintien de doses efficaces. Il peut être ajusté en fonction de la tolérance et l'efficacité observées (via la modification de la molécule ou des associations). (**INSERM, 2017**)

Les nouveaux antipsychotiques ne constituent sans doute pas une révolution au sein de la classe thérapeutique : ils sont un pas favorable pour l'obtention de résultats thérapeutiques

beaucoup plus satisfaisants y compris, sans doute, sur le plan des effets cognitifs alors que l'on sait l'impact des altérations cognitives sur le devenir des pathologies psychotiques. (**Quellien & Charpeaud, 2021**)

6.2.2 Les psychothérapies:

➤ La thérapie familiale :

Les thérapies familiales sont nées dans les années 50, autour de la question de la schizophrénie, Bateson et son groupe , à travers la théorie du double lien (double bind), tentant de construire un paradigme nouveau : le schizophrène est un individu adapté de façon normale à un environnement qui ne l'est pas. Les preuves abondent de l'existence d'une corrélation entre le comportement du patient et son environnement, principalement familial, et c'est certainement la richesse du corpus de la thérapie familiale de l'avoir illustré. (**Kannas, 2001**)

Afin d'aider la famille à s'adapter aux changements liés à la maladie, il est important de bien lui faire comprendre la signification donnée, au fil des ans, aux comportements discordants ou bizarres et de déterminer l'impact qu'elle a sur la structure des relations familiales. Tant qu'un comportement psychotique se manifeste, tous les membres de la famille sont forcés de s'y adapter, en s'en remettant à des stratégies quotidiennes qui, bien souvent, entretiennent l'équilibre pathologique. La famille, tout autant que le malade, deviennent prisonniers de la chronicité du trouble. Progressivement, s'installe dans la famille une conviction rigide que la réalité ne peut pas changer. Le désespoir et l'impuissance de ces familles renforcent l'idée qu'il vaut mieux s'en tenir à des comportements connus plutôt que de tenter d'amorcer des changements. La réticence des familles à s'engager dans un processus thérapeutique amène les intervenants à les informer sur les possibilités d'amélioration car les attentes, aussi bien positives que négatives ont une influence sur l'évolution à long terme de la schizophrénie. (**Habimana & Cazabon, 2013**)

➤ Les thérapies cognitivo-comportementale :

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) constituent un volet fondamental de la prise en charge non médicamenteuse de la schizophrénie. Il s'agit des programmes de psycho-rééducation (on parle aussi plus globalement de programmes de réhabilitation) afin de développer les aptitudes sociales, favoriser une meilleure gestion du traitement médicamenteux et aider à mieux faire face à l'apparition des symptômes les plus gênants, comme par exemple les hallucinations.

Cette thérapie peut être utilisée de façon individuelle ou en groupe et vise sept principaux volets:

- L'établissement d'une relation de confiance ;
- La conception de la maladie selon le modèle bio-psychosocial ;
- L'apprentissage de procédures d'autocontrôle des symptômes ;
- Le changement du lieu de contrôle ;
- Un regard sur les schémas cognitifs ;
- La réhabilitation sociale ;
- La prévention des rechutes. (**Habimana & Cazabon, 2013**)

6.3 Les thérapies basées sur l'attachement :

Bowlby, dans son ouvrage «The secure base» (1988), a évoqué que l'identification des styles d'attachement chez le patient est un facteur primordial dans le processus thérapeutique. Plusieurs auteurs se sont intéressés à ce lien.

Ces auteurs évoquent que l'identification du style d'attachement chez nos patients et le traitement de celui-ci améliore les prises en charge. D'une part, le thérapeute peut, selon le type d'attachement, mettre en place les mesures nécessaires pour établir et maintenir une bonne alliance thérapeutique nécessaire à l'évolution favorable de la thérapie. D'autre part, la théorie de l'attachement fournit un cadre théorique de compréhension des mécanismes de défense des patients et de son mode de relation interpersonnel. (**Pascual gil, 2019**)

Les psychothérapies basées sur l'attachement présentent toutes un principe clé : celui du rôle du thérapeute comme base sûre pour l'exploration: "la notion de balance entre sécurité et exploration". Pour pouvoir explorer son fonctionnement psychique, le patient doit ainsi se sentir en sécurité. Être face à un thérapeute, en position de demande d'aide, active forcément le système d'attachement. La rencontre avec un professionnel génère un stress lié à l'environnement non familier, et à la vulnérabilité inhérente à la demande d'aide. Les patients sûres auront tendance à se livrer plus facilement. Mais chez les patients insécurisés, le thérapeute doit produire une base de sécurité que la personne n'a pas expérimenté dans ses relations proches. Cette sécurité permet alors d'explorer les relations du patient avec ses proches, de repérer ses modèles internes opérants et la manière dont les expériences infantiles les ont influencés. (**Berneau, 2019**)

Chapitre I: Les troubles mentaux

La théorie de l'attachement est devenue une approche incontournable en psychopathologie et psychothérapie. Elle permet d'enrichir le regard du praticien sur la psychopathologie de l'adulte et d'éclairer certains aspects cruciaux à la réussite d'une psychothérapie. Dans les cas de traumatismes et troubles complexes, dans lesquels les figures d'attachement ont souvent été à l'origine de situations traumatisantes, la prise en charge est rendue particulièrement compliquée du fait des difficultés du patient à demander, recevoir et accepter des soins, notamment en psychothérapie. Savoir évaluer l'attachement dès les premiers entretiens en clinique adulte est un enjeu crucial, Pour pouvoir ensuite tenir compte de cette dimension afin de favoriser l'alliance avec le thérapeute. (**Smith, 2023**)

Synthèse :

Les problèmes de santé mentale sont une réalité complexe, multifactorielle et universelle. Ils ne se limitent à aucun groupe particulier et peuvent toucher tout le monde à différents moments de la vie. Leur diversité, tant dans les causes que dans les manifestations, rend leur compréhension et leur prise en charge particulièrement difficiles.

Dans ce contexte, il est essentiel de considérer comment les troubles de santé mentale peuvent affecter les relations d'attachement. Un lien qui s'établit principalement durant l'enfance et de poursuit tout au long de la vie peut être profondément perturbé par des troubles mentaux à la fois chez une personne souffrant de cette maladie et dans ses relations avec d'autres personnes. C'est ce que nous allons voir dans le prochain chapitre.

Chapitre II: L'attachement

La préambule:

Depuis les années 1960, la théorie de l'attachement, élaborée par John Bowlby, a radicalement transformé notre compréhension du développement émotionnel de l'enfant. Fondée sur des recherches menées après la Seconde Guerre mondiale, elle met en lumière l'importance cruciale des liens affectifs précoces, notamment entre l'enfant et ses figures d'attachement primaires, souvent les parents.

Cependant, avant d'explorer les principes fondamentaux de cette théorie, il est important de revenir sur les repères historiques et de définir précisément ce qu'est "l'attachement" (sens étymologique). Ensuite, nous aborderons les principes et concepts de base de la théorie ainsi que l'apport des pionniers de la théorie.

Un autre aspect clé du chapitre est la phases de constitution de l'attachement, qui se compose de 4 phases.

En outre, la théorie de l'attachement ne se limite pas à l'enfance. Nous démontrons alors l'application de cette théorie à l'âge adulte. Ainsi que son impact sur la santé mentale: le lien entre les problèmes de l'attachement et certaines pathologies psychiatriques.

1. L'aperçu historique :

il y a 40 ans, on avait la nette impression que les enfants étaient peu sensibles à leur environnement et aux soins qu'ils recevaient. On proposait à l'époque que l'attachement parent-enfant n'était pas vraiment prioritaire dans le développement, qu'il constituait plutôt un effet secondaire des autres soins que l'enfant pouvait recevoir et que, surtout dans une perspective behavioriste, les événements qui pouvaient avoir eu lieu tôt dans la vie n'avaient que peu d'incidence sur la suite du développement.

C'est dans ce contexte scientifique que John Bowlby, un psychanalyste de l'école des relations objectales, énonce ses principes théoriques concernant le lien d'attachement parent-enfant. Ses idées proviennent principalement de deux sources: ses études auprès d'orphelins de la Seconde Guerre mondiale et sa recension des travaux de nombreux psychanalystes et ceux de domaine de l'éthologie . D'une part, Bowlby constate clairement que les enfants séparés de leurs parents risquent fort d'avoir de nombreuses difficultés d'adaptation et de développement. Ces difficultés peuvent se traduire par de graves problèmes de santé mentale, de délinquance et de criminalité, ainsi que par d'importants problèmes émotionnels. Ces problèmes se manifestent même dans des contextes où la qualité des soins physiques et médicaux est adéquate. Pour Bowlby, ce résultat suggère que le seul fait de nourrir un enfant n'est pas suffisant pour assurer sa sécurité émotive; ceci souligne l'importance des relations avec des figures stables pour le développement psychologique de l'enfant. (**Grondin, 2012**)

Une seconde source d'information pour Bowlby provenait de l'éthologie et d'autres approches théoriques. En effet, la seconde guerre mondiale amène les psychiatres et les éthologues de cette période à s'intéresser au lien mère-enfant et aux conséquences des séparations précoces. Les principaux travaux à l'origine de cette théorie sont ceux du médecin et psychanalyste viennois Spitz (1947), et des éthologues Harlow (1958) et Lorenz (1970).

Les études de Spitz (1947), connues sous le nom d' « hospitalisme », démontrent l'impact de la relation mère-enfant sur leur séparation. Il y parle pour la première fois de symptômes dépressifs du nourrisson (la dépression anaclitique) et montre que plus la relation mère-enfant a été chaleureuse et aimante, plus la rupture sera dramatique. Celles de Harlow (1958), réalisées sur des singes macaques, séparés de leur mère, vont révéler que la recherche de contacts (et donc du réconfort que ceux-ci impliquent) est plus importante que la recherche de nourriture. Enfin, celles de Lorenz (1970), connues sous le nom de « phénomène de

l’empreinte », confirment la fonction adaptative du lien d’attachement qui se crée entre le jeune animal et sa mère ou son substitut. (**Savard, 2010**)

Dans les années 1960, Ainsworth, psychologue américaine, et collaboratrice de John Bowlby, demande si la séparation est traumatique en elle-même ou si cela dépend de la qualité relationnelle antérieure. C’est elle qui va opérationnaliser le concept théorique d’attachement , définir les différents styles d’attachement, à savoir l’attachement sûre, les attachements insûre évitant et ambivalent/résistant et comment les évaluer chez l’enfant de 12 mois grâce à l’expérience de la « situation étrange ».

Depuis les années 1970, la théorie de l’attachement ne cesse donc d’évoluer et elle fait maintenant partie intégrante de la psychologie du développement et suscite de plus en plus l’intérêt des professionnels de protection de l’enfance souhaitant se référer à un modèle théorique. (**Savard, 2010**)

2. La définition de l’attachement :

D’après le dictionnaire étymologique de la langue française l’attachement est un terme ancien, dérivé du verbe estachier (1080) qui veut dire relier à un pieu (estache) “ Faire tenir (à une chose) au moyen d’une attache, d’un lien” . Son étymologie remonte au XIIIème siècle et se définit comme : « Un engagement, sentiment qui lie, unit fortement à quelqu’un ». (**Mottaz & Pyz, 2012**)

Un attachement, dans son sens littéral, est un lien ou une attache. L’attachement, en particulier entre les personnes, est souvent défini positivement comme l’affection, la dévotion ou même l’amour, même si des attachements nuisibles, par exemple à une drogue ou à une personne, existent bien. (**Glaser et Prior, 2022**)

Le terme “attachement” fait référence à des liens émotionnels forts entre les enfants et leurs premiers donneurs de soins. L’attachement est un lien affectif particulier faisant intervenir un sentiment de sécurité. On parle d’attachement pour caractériser le lien de l’enfant au parent; la langue anglaise permet de distinguer l’attachement du parent à l’enfant par le terme “ bonding”. Lorsqu’il est séparé de son donneur de soins, le jeune enfant peut manifester des signes d’inconfort signifiant son attachement à ce donneur de soins. Les manifestations les plus communes de l’attachement de l’enfant au donneur de soins, et plus particulièrement à la mère, sont l’anxiété de séparation, la peur de l’étranger et la référence sociale.

Anxiété de séparation : se manifeste par: des pleurs, agrippement lors du départ du donneur de soins .

Peur de l'étranger : s'exprime par: pleurs, fousissement en présence d'un étranger .

Référence sociale : se traduit par: la capacité de discrimination et d'adaptation aux différentes expressions faciales du donneur de soins. (**Clément et Demont, 2021**)

Selon Ainsworth l'attachement « est le lien relativement durable qui apporte de l'importance au partenaire en raison de son caractère unique et irremplaçable». (**Toreno et al, 2007**)

3. Les concepts liés à l'attachement :

3.1 La figure d'attachement :

La figure d'attachement (un caregiver) est la personne vers laquelle l'enfant dirigera ses comportements d'attachement, qui saura répondre à ses besoins et lui donner un sentiment de sécurité. Pour être une figure d'attachement sécurisée, la personne doit être sensible, disponible, à l'écoute des besoins de l'enfant et savoir répondre à ses attentes. (**Savard, 2010**)

La figure d'attachement primaire: le plus souvent, la personne qui s'occupe de l'enfant dès les premiers jours [(Selon Bowlby, la mère est en général la première personne pour tenir cette fonction] ; Progressivement, il va hiérarchiser ses figures en figures d'attachement principale et secondaire. Les travaux de Mary Ainsworth ont montré que c'est la personne qui répond à l'enfant le plus souvent, rapidement et de manière adéquate qui devient la figure d'attachement principale. L'enfant s'adresse à cette figure en premier en cas de détresse. (**Demont et al , 2023**)

La figure d'attachement de l'enfant représente la base à partir de laquelle il peut s'autoriser à explorer le monde environnant. Son aptitude à explorer repose sur la qualité de ses liens d'attachement.

3.2 Le caregiving :

Caregiving pourrait être traduit par « donner des soins »;

En 1988, Bowlby va définir le « caregiving » comme le versant parental de l'attachement . Il représente la capacité à donner des soins, à s'occuper d'un plus jeune , que ce soit au niveau physique ou affectif. Le caregiving représente la complémentarité du système

de comportements des parents et de l'enfant, il s'agit d'un « équilibre dynamique » (**Cassidy, 2000**).

Le bébé a besoin des adultes pour réguler sa tristesse, sa peur, sa colère. Cette régulation est liée à l'interaction avec ses figures d'attachement. Quand le besoin d'attachement est activé chez le bébé, celui-ci ne peut pas l'éteindre tout seul. (**Caroline, 2025**)

Caregiving, c'est répondre aux besoins d'attachement et d'exploration par :

- Le partage émotionnel;
 - La consolation;
 - Le soutien;
 - La proposition de solutions;
 - L'aide apportée à l'enfant plus grand pour qu'il trouve lui même ses solution.
- (**Guédénay, 2025**)

3.3 Les émotions :

Selon N. Sillamy , « l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable » (**Fernandez, 2012**)

L'émotion est le résultat d'une interaction entre l'environnement et le monde interne. Elles impliquent des Phénomènes neurologiques (système limbique), biologiques (sensations physiques), psychologiques (perceptions) et peuvent être plusieurs à se chevaucher au même moment. (**Lecomte, 2017**)

les émotions sont au cœur de la théorie d'attachement:

- *Elles sont considérées comme moteur du besoin d'attachement : quelques émotions telles que la peur et l'angoisse (face à une menace) activent le système d'attachement et poussent l'enfant à rechercher du réconfort, tandis que la joie et le soulagement renforcent le lien avec la figure d'attachement. Une réponse sensible , cohérente et bienveillante du parent permet de réguler ces émotions et de favoriser un attachement sécurisant.* (**Guédénay, 2011**)
- *À l'âge adulte, l'attachement façonne les relations et la gestion des émotions:* un attachement sécurisant , permet de développer une gestion saine des émotions, interactions équilibrées, tandis qu'un attachement insécurisant peut entraîner des

difficultés émotionnelles et relationnelles à long terme (suppression des émotions, relation instable, besoin constant de réassurance...).

3.4 Les modèles internes opérants :

On ne saurait parler de la théorie de l'attachement sans aborder la notion développée par Bowlby (1973), des « Internal Working Models » ou des « Modèles Internes Opérants » (M.I.O.). Ce sont des Représentations mentales, conscientes et inconscientes, du monde extérieur et de soi à l'intérieur de ce monde, à partir desquelles l'individu perçoit les évènements, entrevoit le futur et construit ses plans ; au fil de ses interactions avec sa figure parentale privilégiée, l'enfant intérieurise la relation et se forge un Modèle Interne Opérant qui englobe ses perceptions de lui-même et les attentes de sa figure d'attachement. Par exemple, l'enfant qui a connu des réponses adéquates de ses figures d'attachement développe une image de soi comme digne d'intérêt et celles des autres comme dignes de confiance. (**Savard, 2010**)

Ces modèles, développés durant les trois premières années, sont profondément influencés par la façon dont les parents ont traité l'enfant. C'est pourquoi l'attachement, qui est une qualité propre à la relation avec la mère durant les deux ou trois premières années, devient ensuite une qualité propre à l'individu. Donc Ce M.I.O va servir de schéma mental pour ses relations futures en fonction de la qualité des relations avec les figures d'attachement (souvent les parents).

4. La théorie d'attachement :

La théorie de l'attachement est un champ de la Psychologie qui traite des relations entre êtres humains.

Son principe de base est qu'un jeune enfant a besoin, Pour connaître un développement social et émotionnel normal, de développer une relation d'attachement avec Au moins une personne qui prend soin de lui de façon Cohérente et continue (caregiver). Cette théorie a Été formalisée par le psychiatre et psychanalyste John Bowlby, après les travaux de Winnicott, Lorenz et Harlow.

4.1 L'apport de John Bowlby:

John Bowlby , psychiatre et psychanalyste anglais (1907-1990), célèbre dans le monde entier pour avoir inventé des notions devenues si populaires qu'on a oublié d'où elles venaient: *séparation, résilience, privation, perte, carence de soins maternels, lien affectif, détresse, conflit, ambivalence, etc.* ,En particulier à propos de ses études sur *l'attachement*.

La théorie de l'attachement a été introduite et décrite en détail par John Bowlby dans ses nombreux articles et livres. Il considérait l'attachement comme un instinct biologique, développé pour assurer la survie des petits vulnérables. La trilogie de Bowlby (1969/1982, 1973, 1980) envisageait la formation de l'attachement, la séparation et la perte. Par la suite l'attention s'est focalisée sur le processus d'attachement des enfants à leurs soignants, avec moins d'emphase sur la séparation et la perte. (**Jacob, 2003**)

❖ **L'attachement, un système motivationnel :**

Bowlby réfute la théorie des pulsions et propose plutôt un ensemble de systèmes innés de comportements ou systèmes motivationnels favorisant les relations et qui sont corrigés quant au but par la réponse de l'environnement. Le système d'attachement a pour but de favoriser la proximité de l'enfant avec une ou des figures adultes afin d'obtenir un réconfort lui permettant de retrouver un sentiment de sécurité interne face aux éventuels dangers de l'environnement. Ainsi, toutes les conditions indiquant un danger ou générant du stress pour l'enfant activent ce système que ce soient des facteurs internes, comme la fatigue ou la douleur, ou des facteurs externes, liés à l'environnement (tout stimulus effrayant, par exemple la présence d'étrangers, la solitude, l'absence de la figure d'attachement). (**Dugravier & Barbey-Mintz, 2021**)

Bowlby identifie dans sa thèse cinq comportements essentiels : sucer, attraper, suivre (comportements de proximité), pleurer et sourire (comportements de signalisation). Ces comportements deviennent progressivement intégrés et organisés au cours de la première année de vie, formant les comportements d'attachement .(**Tereno et al , 2007**)

❖ **Le système exploratoire :**

Quand le système d'attachement n'est plus activé, que l'enfant est rassuré alors entre en jeu le système exploratoire grâce auquel l'enfant apprend sur son environnement et développe des capacités qui seront importantes pour les stades ultérieurs du développement (ce système se développe surtout à partir de la fin du premier semestre, en particulier du fait du développement psychomoteur et cognitif de l'enfant). (**Guedeney, 2010**) Ce système permet à l'enfant d'apprendre les compétences nécessaires pour améliorer ses chances de survie. Il s'agit en particulier de développer son sentiment de capacité à compter sur soi et sur ses ressources propres. Ce système est lié à la maîtrise et à la curiosité. Le bébé est fortement attiré par la nouveauté ou par les traits complexes de l'environnement animé et inanimé.

En somme ,la qualité de cet attachement repose sur la proximité physique et la disponibilité émotionnelle du caregiver durant l'enfance. Plus tard, à mesure que l'enfant

grandit, le simple fait de savoir que la figure d'attachement est potentiellement disponible suffit à assurer un sentiment de sécurité. .(Tereno et al , 2007)

4.2 L'apport de Mary Ainsworth:

La théorie de l'attachement ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui sans l'apport de *Mary Ainsworth*.

En effet, les travaux d'Ainsworth ont permis d'aller plus loin en élaborant, en 1969, une procédure empirique appelée “situation étrange ” (strange situation) permettant de mesurer les comportements d'attachement (Ainsworth, 1978). Cette procédure expérimentale de quelques minutes consiste à faire subir à un enfant un léger stress comparable au stress quotidien. Pour cela, 8 épisodes de 3 minutes chacun sont prévus en laboratoire et impliquent deux séparations de l'adulte ainsi qu'un contact avec une personne non familière, « l'étrangère ». Les réactions de l'enfant, en particulier lors des retrouvailles avec l'adulte (manifestations d'anxiété et d'évitement), renseignent le chercheur sur la qualité de sa sécurité. Par exemple, un enfant sécurisé, c'est-à-dire, un enfant pour qui le lien l'unissant à sa figure maternelle est ressenti sans menace, recherche activement un contact physique chaleureux au retour de sa mère. (Savard, 2010)

Mary Ainsworth a largement contribué aux études sur l'attachement, notamment en introduisant le concept de “base de sécurité”.

❖ La notion de base de sécurité:

Désigne le fait pour la figure d'attachement de représenter un support à partir duquel le bébé peut explorer le monde avec confiance. La perception intérieure d'une relation sûre avec la figure d'attachement fonctionne comme un ancrage qui permet au bébé d'activer son système d'exploration. Dans cette ligne d'idée, la sécurité dans l'attachement est définie comme un état de confiance quant à la disponibilité de la figure d'attachement. (Toreno et al, 2007)

5. La constitution de l'attachement :

Il existe quatre phases dans le développement de l'attachement. Les limites entre elles ne sont pas nettes.

Phase 1: Orientation et signaux sans discrimination de figure (Bowlby);

Pré-attachement initial (Ainsworth)

Cette phase s'étend de la naissance à 8 semaines au moins. Pendant cette période, le bébé utilise des comportements qui ont pour but d'attirer et de réagir à l'attention des soignants. Des comportements comme l'agrippement, le sourire, le babillage ou les pleurs sont dirigés vers toute personne proche du bébé. Des études ont montré cependant que déjà pendant cette phase les bébés apprennent à discriminer les adultes.

Phase 2: Orientation et signaux dirigés vers une (ou plusieurs) figures discriminées (Bowlby);

Attachement en cours (Ainsworth)

Classiquement, la seconde phase survient entre 8 semaines et environ 6 mois. Avec le développement de sa vision et de son audition, le bébé distingue de plus en plus les adultes familiers de ceux qui ne le sont pas et devient particulièrement réactif envers son soignant.

Phase 3: Maintien de la proximité d'une figure discriminée par la locomotion autant que par les signaux (Bowlby)

Attachement bien défini (Ainsworth)

Cette phase débute classiquement entre 6 et 7 mois mais peut être retardée jusqu'après un an. Bowlby suggère que cette phase se poursuit probablement à travers la deuxième et la troisième année. C'est une phase essentielle de consolidation et elle a trois composantes.

D'abord, pendant cette phase le comportement de l'enfant envers sa mère devient organisé sur une base corrigée quant au but et alors son attachement à sa figure maternelle devient évident pour tous». Dès lors, semble-t-il, il découvre quelles sont les conditions qui mettent fin à sa détresse et lui donnent une sensation de sécurité, et à partir de cette phase il commence à être capable de planifier son comportement pour atteindre ces conditions. Ensuite, le petit enfant discrimine de plus en plus les adultes. Troisièmement, avec le développement de la marche, il commence à utiliser son soignant comme base de sécurité et à explorer. (**Glaser et Prior, 2010**)

Phase 4: Formation d'un partenariat corrigé quant au but (Bowlby et Ainsworth)

Classiquement cette phase ne commence pas avant la deuxième année et pour beaucoup d'enfant pas avant la troisième année. L'aspect central de cette quatrième et dernière phase est la diminution de l'«égocentrisme» de l'enfant . L'enfant commence à voir sa figure maternelle comme une personne indépendante avec ses propres objectifs. Ceci pose les fondations d'une relation mère-enfant plus complexe que Bowlby appelle partenariat.

L'attachement au cours de la vie:

Alors que Bowlby reconnaissait que le comportement d'attachement continue tout au long de la vie, il n'a pas envisagé que le comportement à la fin de l'enfance et à l'âge adulte soit caractérisé par des processus très différents de ceux qui opèrent à la Phase 4. Après 3 ans, le comportement d'attachement est moins fréquent et moins urgent, au fur et à mesure que l'enfant gagne en maturité et se sent moins souvent effrayé, mais cela continue comme un fil rouge dans la vie de l'enfant. Pendant l'adolescence l'attachement de l'enfant à ses parents commence classiquement à être surpassé par ses liens à d'autres, généralement à ses pairs. À l'âge adulte, le lien et le comportement d'attachement sont généralement dirigés vers les partenaires ou les amis intimes. Finalement, dans le grand âge, le comportement d'attachement se ferme en boucle et est dirigé des plus âgés vers les plus jeunes, des parents vers leur progéniture. (**Glaser et Prior, 2010**)

6. Les types de l'attachement :

Les styles d'attachement reflètent les prédispositions de l'enfant, son tempérament et la cohérence des réponses parentales en situation de stress.

Mary Ainsworth, collaboratrice de John Bowlby, a défini les différents styles d'attachement, à savoir l'attachement sûre, les attachements insûre évitant et ambivalent/résistant et comment les évaluer chez l'enfant de 12 mois grâce à l'expérience de la « situation étrange » (1978):

6.1 Chez l'enfant :

1) Attachement sécurisant (type B):

Avant la séparation, l'enfant explore la salle et les jouets, en gardant un œil sur son parent. Lors de la séparation, il cesse d'explorer et manifeste de la détresse. Au retour du parent, il recherche sa proximité, établit un contact physique avec lui et se console rapidement

(désactivation du système d'attachement en moins de trois minutes). Il se remet ensuite à explorer.

2) Attachement insécurisant de type évitant (type A):

L'enfant explore l'environnement sans s'occuper de la présence ou de l'absence du parent. Il ne montre pas de signe de détresse lors de son départ. Après son retour, il ignore ses tentatives d'entrer en interaction. (**Labbé, s.d**)

3) Attachement insécurisant de type ambivalent (type C):

L'enfant est anxieux dès l'entrée. Il n'explorera pas, reste collé sur son parent et le sollicite avec insistance. Il manifeste une très grande détresse lorsque la séparation survient. Lors de la réunion, il résiste au contact du parent et n'est pas consolé par lui. (**Labbé, s.d**)

4) Attachement insecu/ désorganisé (type D):

Le groupe de bébés avec un attachement désorganisé/désorienté, un pattern plus récemment découvert, met en évidence une série de réponses comportementales indirectes ou mal dirigées, dans le contexte de la Situation Etrange.

Main et Salomon (1990) ont été les pionniers de l'identification des signaux de désorganisation de l'attachement chez les bébés de 12-18 mois, Observés en présence de la figure d'attachement: **a)** manifestation séquentielle et/ou contradictoire de comportements; **b)** mouvements et expressions non dirigés, incomplets ou interrompus; **c)** stéréotypies, mouvements asymétriques et postures anormales; **d)** mouvements et expressions de stupéfaction, immobilisation et lenteur; et **e)** expressions d'appréhension et de peur relativement à la figure d'attachement.

Dans ce type d'attachement, le parent active le système d'attachement de l'enfant par la frayeur que suscitent ses comportements et omet de surcroît de résoudre cette demande d'attachement ainsi procurée. Il s'agit d'un conflit pour l'enfant puisque le parent est à la fois une source d'alarme et celui qui devrait être source de sécurité. Face à ce stimulus paradoxal, l'enfant présente des comportements conflictuels tels que l'approche et le retrait de cette figure d'attachement. Même si l'alarme est provoquée par un comportement de la part de la mère, l'enfant cherchera en effet réconfort auprès d'elle. (**Toreno et al, 2007**)

6.2 À l'âge adulte :

Le terme de « style d'attachement » chez l'adulte est utilisé pour signifier « l'équivalence fonctionnelle » à l'âge adulte du système d'attachement décrit initialement chez l'enfant par Bowlby . En effet, le système d'attachement ne concerne pas uniquement l'enfance puisqu'il continue à fonctionner tout au long de la vie . En ce sens, les styles d'attachement à l'âge adulte sont constitués comme chez les enfants dans la situation étrange, de comportements et de sentiments ayant pour objectif la recherche du sentiment de sécurité auprès des figures relationnelles actuelles. (**Reynaud, 2011**)

Hazan et Shaver (1987) ont été les principaux auteurs à s'être intéressée à l'attachement, chez les adultes, sur le plan amoureux. Ils ont décrit un modèle dans lequel ils font un parallèle entre attachement filial et attachement « romantique ».

Il est intéressant de noter qu'attachement filial et attachement amoureux se rejoignent dans la manifestation de certains comportements. Shaver, Hazan et Bradshaw (1988) ont relevé plusieurs attitudes couramment adoptées par les amants, qui rappellent les interactions entre une mère et son bébé; par exemple : s'embrasser, se cajoler, se tenir la main ou avoir un langage « bébé ». Par ailleurs, Hazan et Shaver (1994) citent des travaux qui montrent qu'au niveau biologique, ces deux types de relations ont des composantes identiques. Ils mentionnent en particulier les travaux de Carter (1992), qui mettent en évidence l'existence d'une substance, l'ocytocine, qui est libérée pendant la succion chez le bébé, l'allaitement chez la mère et pendant l'orgasme chez l'adulte. Elle serait impliquée dans les comportements maternels aussi bien que dans les comportements de tendresse qui suivent les rapports sexuels. Dans les moments de détresse, l'adulte a une réaction analogue à celle de l'enfant: tout comme un petit qui s'approche de sa mère, l'adulte se tourne vers son partenaire amoureux pour être réconforté. (**Miljkovitch, 2001**)

Compte tenu de l'existence à la fois chez l'enfant et chez l'adulte du système d'attachement, Hazan & Shaver (1987) estiment que devraient être retrouvées chez l'adulte les mêmes différences individuelles que celles observées dans les styles d'attachement des enfants dans le paradigme de la situation étrange. Les styles d'attachement romantique définis initialement par Hazan & Shaver , reprennent ceux existant chez l'enfant et se distinguent comme ceci:

A) L'attachement sûre:

Chez l'adulte, l'attachement sûr se traduit par un type d'attachement autonome. Selon le modèle tripartite de Hazan et Shaver (1987), l'adulte sûr ou autonome est décrit comme une personne qui est à l'aise à l'idée de se rapprocher des autres et n'éprouve pas de difficulté à se laisser soutenir par eux en cas de besoin. Ce type de relation témoigne d'un respect mutuel et de la confiance en soi et en l'autre. D'après Tarabulsky (2000), cette sécurité affective, principalement développée au plus jeune âge, se maintient généralement à l'âge adulte et concerne environ 52 % de la population générale.

B) L'attachement évitant :

Chez l'adulte, ce type d'attachement se traduit par un style d'attachement détaché. L'individu se décrit comme dans l'inconfort dans une relation intime ainsi qu'anxieux dans des situations de rapprochement. Selon Hazan et Shaver (1987), le sujet détaché perçoit la relation avec autrui comme une proximité menaçante, car elle risque d'éveiller la peur archaïque d'être rejeté par la personne significative. Ces individus ont une confiance en soi mais pas en les autres, ce qui les fait réagir par une certaine distance et un évitement dans les relations intimes. Tarabulsky (2000) affirme qu'il existe 17% d'adultes de la population générale qui relèveraient de ce type d'attachement. (**Girardet, 2018**)

C) L'attachement ambivalent:

A l'âge adulte, ce type d'attachement se traduit par un style d'attachement préoccupé et s'illustre par la recherche constante d'un contact avec le partenaire amoureux, par une réactivité émotionnelle intense et un faible niveau d'autonomie marqué par la peur d'être abandonné. Ce type d'individu témoigne d'une faible confiance en soi et démontre une forte dépendance vis-à-vis d'autrui pour juger leur propre estime. Selon Feeney et Noller (1990), ces personnes ont tendance à idéaliser leur partenaire et à sous-estimer leurs potentialités personnelles. Tarabulsky (2000) affirme l'existence de 11% de ce type d'attachement dans la population générale.

D) Attachement Craintif:

Ce style d'attachement est également appelé désorganisé ou désorienté chez l'adulte qui présente également des attitudes contradictoires ou incompréhensibles. Selon Tarabulsky (2000), 20 % de la population générale présenterait ce type d'attachement. Ce style d'attachement est, quant à lui, beaucoup plus fortement corrélé avec la psychopathologie. (**Girardet, 2018**)

7. Les facteurs influençant la qualité de l'attachement:

On se pose souvent la question : pourquoi certains bébés développent-ils un attachement sécurisant, tandis que d'autres développent un attachement insécurisant ?

Le processus d'attachement est le résultat de l'interaction entre le tempérament, l'état émotionnel de l'enfant et la qualité de la relation parent-enfant. Toutefois, il importe de garder en mémoire que de nombreux autres facteurs- tels que l'attachement à de nombreux adultes significatifs autres que les parents ou le contexte social dans lequel évolue la famille (situation financière, travail, etc.)-peuvent également influencer le développement de l'enfant. Je vais donc aborder dans cette section les différents facteurs influençant la qualité d'attachement :

7.1 le rôle du tempérament:

Les manifestations du tempérament du bébé, en agissant sur le comportement des parents, pourraient donc avoir un impact sur l'attachement. Une série d'études menées aux Pays-Bas a même démontré que des bébés ayant des tempéraments difficiles risquaient davantage de développer un attachement insécurisant. (**Papalia et al , 2010**)

On sait que les nourrissons présentent des attributs de comportement différents pour leur comportement, la régulation de leurs émotions et leur sociabilité, attributs qui peuvent être mesurés de façon fiable par exemple à l'aide de l'Infant Temperament Questionnaire – Revised. Une grande partie du tempérament est génétiquement déterminée bien que certaines de ces différences entre nourrissons soient déterminées par l'environnement et acquises in utero.

Par exemple, le stress maternel pendant la grossesse est associé à l'irritabilité chez les enfants de 9 mois. Un nourrisson perçu comme difficile posera plus de défis à ses soignants. De plus le soignant peut partager les attributs de tempérament difficile de l'enfant. Le tempérament peut donc constituer un facteur de risque de soins insensibles/brutaux et de développement d'un attachement insécurisé ou désorganisé chez le nourrisson. (**Prior et Glaser, 2022**)

7.2 L'influence des parents :

Tout comme le tempérament de l'enfant, la personnalité des parents influence grandement la qualité de l'attachement puisque le bébé dépend entièrement d'eux pour assouvir ses besoins.

- ***La disponibilité émotionnelle des figures d'attachement*** : Selon la théorie de l'attachement de John Bowlby, un enfant développe un lien d'attachement sécurisant

lorsque son parent est sensible et réactif à ses besoins. Cette sensibilité parental permette à l'enfant de se sentir en sécurité et soutenu. En revanche, des facteurs tels que la dépression parentale, des difficultés économiques ou des antécédents familiaux traumatisques peuvent entraver cette disponibilité et affectant la qualité d'attachement .

- ***La Transgénéralisation de l'attachement :*** Ainsworth et ses collaborateurs (1978) avaient déjà relevé dans leurs recherches des différences marquées dans les modes de maternage, différences qui se répercutaient sur l'attachement du bébé. Ainsi, les mères de bébés qui manifestaient un attachement sécurisant étaient le plus à l'écoute de leur nourrisson durant la première année de leur vie. Par exemple, elles respectaient vraiment les demandes de boire de l'enfant et tenaient compte des signes du bébé leur indiquant à quel moment arrêter et à quel rythme (rapide ou lent) le nourrir . Elles semblaient avoir la sensibilité nécessaire pour interpréter adéquatement les signaux de leur enfant et elles y répondaient de manière appropriée. Chez les pères, cette même sensibilité tend plutôt à s'exprimer dans un contexte de jeu ou d'activité récréative. Un père sensible dose ses interventions en tenant compte des besoins ponctuels de son enfant, par exemple en le stimulant davantage, ou au contraire, en ralentissant le jeu. Cependant, lorsqu'un environnement familial est maltraitant (maltraitance psychologique (consciente/inconsciente) ou physique) envers l'enfant, c'est l'attachement désorganisé qu'il sera susceptible de développer. Cette indisponibilité parentale résulte des traumas non résolus des parents (**Smith, 2021**)
- Enfin les facteurs contextuels comme le travail de la mère, et encore plus son attitude par rapport au fait qu'elle travaille, peuvent aussi avoir un impact sur l'attachement. Une étude a en effet démontré que l'inquiétude de mères, éloignées de leur bébé de huit mois durant leur travail, contribuait à créer chez leur enfant de l'attachement insécurisé de type évitant. (**Papalia et al, 2010**)

8. Les conséquences à long terme de l'attachement :

- Comme la théorie de l'attachement le prédit, ce lien influe sur les compétences émotionnelle, cognitive et sociale d'un individu . Ainsi, plus l'enfant est attaché de façon sécurisante à l'adulte qui s'occupe de lui, plus Il lui sera facile de s'en détacher et de développer de bonnes relations avec les autres personnes.

- Plusieurs études longitudinales ont démontré une certaine constance dans le temps quant à l'expérience d'attachement vécue par l'enfant. Hamilton (2000) a constaté que 72% des enfants de 18 mois conservaient jusqu'à la fin de leur adolescence le même lien d'attachement quant à la sécurité et à l'insécurité. Une autre recherche portant sur 70 bébés de 15 mois qui avaient un attachement sécurisant avec leur mère (tel que mesuré par la situation étrange) a quant à elle démontré que ces enfants présentaient par la suite moins de stress à l'égard d'autres personnes qui prenaient soin d'eux, comparativement aux enfants qui avaient vécu un attachement insécurisant. Ces données nous indiquent bien l'influence que peut avoir le lien d'attachement sur nos relations interpersonnelles futures. (**Papalia et al, 2010**)
- Sur le plan des relations sociales, des observations faites auprès d'enfants de tous âges concluent que ceux qui vivent un attachement sécurisant (comparés à ceux qui vivent un attachement insécurisant de type évitant ou ambivalent) sont plus sociables et plus populaires auprès de leurs pairs; ils s'adaptent plus facilement à la vie en société . L'attachement sécurisant semble donc préparer l'enfant à l'intimité des relations amicales . En outre, les enfants qui vivent un attachement sécurisant possèdent un vocabulaire plus varié que ceux qui vivent un attachement insécurisant . Ils se montrent ***plus curieux, plus compétents, plus empathiques et plus confiants en eux-mêmes*** .
- De leur côté, les enfants qui ont développé un attachement insécurisant connaissent plus souvent des problèmes à long terme: ils sont inhibés, éprouvent plus d'émotions négatives, sont plus colériques ou agressifs. Ils sont plus hostiles envers d'autres enfants à l'âge de cinq ans et sont plus dépendants à l'âge scolaire. Quant aux enfants qui vivent un attachement désorganisé, ils risquent davantage de présenter des problèmes de comportement à l'école et de développer des troubles psychiatriques vers l'âge de 17 ans. (**Papalia et al, 2010**)

9. Attachement et psychopathologie:

Dans ce passage, il s'agira d'explorer les liens entre les relations d'attachement établies durant l'enfance et la psychopathologie à l'âge adulte: Lorsque ses relations précoces sont marquées par l'insécurité ou l'incohérence, elles peuvent engendrer des troubles de l'attachement chez l'enfant qui peuvent se transformer en vulnérabilités psychologiques, qui favorisent l'apparition d'un trouble mental à un âge avancé. Par ailleurs, des études antérieures ont montré des correspondances entre certains types d'attachement insécurisé et divers troubles

psychiques comme : l'anxiété, dépression...; ainsi que l'impact des manifestations symptomatiques de ces troubles sur ce lien relationnel; créant un cercle vicieux entre l'insécurité d'attachement et la souffrance psychique.

9.1 Les troubles d'attachement :

Trouble de l'attachement n'est pas en soi une pathologie, mais peut conduire à une pathologie et qui peut prendre plusieurs formes différents.

Voici les critères diagnostiques des troubles de l'attachement (trouble réactif de l'attachement et trouble de l'attachement désinhibé) selon le DSM-5-TR et la CIM10 :

A. Trouble réactif de l'attachement (TRA):

❖ Selon DSM-5-TR:

1. Mode de relation sociale inhibé et émotionnellement retiré, caractérisé par au moins l'un des deux éléments suivants :

- L'enfant cherche rarement ou jamais du réconfort lorsqu'il est en détresse;
- L'enfant répond rarement ou jamais au réconfort lorsqu'il lui est offert.

2. Perturbations sociales et émotionnelles persistantes, caractérisées par au moins deux des éléments suivants :

- Réduction minimale des réactions sociales et émotionnelles face aux autres;
- Affect positif limité;
- Épisodes inexplicables d'irritabilité, de tristesse ou de peur, même dans des interactions non menaçantes avec des adultes.

3. Antécédents de soins insuffisants, caractérisés par au moins l'un des éléments suivants :

- Négligence ou privation sociale extrême, avec manque persistant des besoins affectifs fondamentaux;
- Changements répétés de personnes s'occupant de l'enfant (ex. : placements fréquents en famille d'accueil);
- Éducation dans un contexte inhabituel qui limite la possibilité de s'attacher sélectivement (ex. : orphelinats avec un personnel insuffisant);

4. On considère que les soins insuffisants décrits au critère 3 sont responsables des troubles observés au critère 1.

5. Le trouble est présent avant l'âge de 5 ans.

6. L'enfant a un âge développemental d'au moins 9 mois. (**APA,2022**)

❖ **Selon La CIM-10:**

- Réactions sociales fort contradictoires ou ambivalentes, en particulier lors d'assemblées ou de fêtes.
- Le bébé peut s'approcher en détournant le regard, regarder ailleurs quand il est pris dans les bras, ou réagir avec un mélange d'approche, d'évitement et de résistance à la consolation.
- Perturbations émotionnelles possibles avec un air misérable, une absence de réaction et un retrait, et/ou des réactions agressives à sa détresse et à celle des autres.
- Inquiétude et hypervigilance dans certains cas.
- Réduction des interactions sociales avec les autres enfants à cause de réactions émotionnelles négatives.
- Retard de croissance possible. (**Prior et Glaser, 2022**)

B. Trouble de l'engagement social désinhibé (TESD):

❖ **Selon DSM-5-TR:**

1. Mode de relation excessivement familier avec des adultes inconnus, caractérisé par au moins deux des éléments suivants :

- Diminution ou absence de réticence à s'approcher et interagir avec des adultes inconnus;
- Comportement excessivement familier (verbal ou physique) qui n'est pas conforme aux normes sociales;
- Peu ou pas de vérification avec la figure d'attachement avant de s'éloigner dans des situations inconnues;
- Volonté de partir avec un adulte inconnu sans hésitation ni réticence;

2. Les comportements ci-dessus ne sont pas simplement dus à une impulsivité, mais résultent d'un mode d'attachement socialement désinhibé.

3. Antécédents de soins insuffisants, caractérisés par au moins l'un des éléments suivants :

- Négligence ou privation sociale extrême, avec manque persistant des besoins affectifs fondamentaux;
- Changements répétés de figures parentales (ex. : placements fréquents en famille d'accueil);
- Éducation dans un contexte inhabituelle qui limite la possibilité de s'attacher sélectivement.

4. On considère que les soins insuffisants décrits au critère 3 sont responsables des troubles observés au critère 1.

5. L'enfant a un âge développemental d'au moins 9 mois. (APA,2022)

❖ ***Selon la CIM-10:***

- Conduites d'attachement généralisées et non sélectives.
- Demandes d'affection et sociabilité non discriminatives.
- Difficultés à former des relations intimes avec les autres enfants.
- Association possible de perturbations émotionnelles et d'autres troubles du comportement. (**Prior et Glaser, 2022**)

C. Signes à l'âge adulte:

À l'âge adulte, les troubles de l'attachement se transforment et évoluent, impactant significativement la vie personnelle et professionnelle. Les manifestations suivantes sont particulièrement révélatrices d'un trouble de l'attachement non résolu :

- Faible estime de soi
- Difficultés à maintenir des relations stables;
- Anxiété dans les relations sociales;
- Tendance à l'isolement;
- Comportements de dépendance (addiction) ou d'évitement;
- Difficultés à gérer les émotions;
- Problèmes de confiance en soi ou en autrui;
- Peur de l'abandon;
- Comportements autodestructeurs;
- Difficultés professionnelles liées aux relations. (**Montenon, 2025**)

- Comme mentionné précédemment, les types d'attachement formés durant l'enfance, peuvent avoir des conséquences durables sur les relations futures, la confiance en soi, la gestion des émotions et la façon dont on interagit avec le monde. Le 4ème type (Attachement désorganisé) est le plus néfaste pouvant donner lieu à des troubles dissociatifs ou de personnalité (**Smith, 2021**).

9.2 Le lien entre attachement et les pathologies psychiatriques:

❖ Les troubles psychopathologiques majeurs :

Le système d'attachement intervient comme un facteur de vulnérabilité ou de résilience.

On note globalement un lien entre insécurité de l'attachement et troubles psychopathologiques: Les troubles internalisés se retrouvent davantage chez des sujets avec un attachement anxieux, et les troubles externalisés chez des sujets avec un attachement évitant.

- ✓ les styles d'attachement insécuries sont corrélés aux formes de schizophrénie ayant un pronostic péjoratif que ce soit en termes de sévérité des troubles ou de difficultés à établir une alliance thérapeutique de qualité et à s'engager dans les soins.
- ✓ Il semble que l'insécurité de l'attachement rende vulnérables les sujets adultes aux troubles dépressifs.
- ✓ Il existe également un lien entre l'insécurité de l'attachement et les troubles anxieux. L'anxiété serait, d'après J.Bowlby, « en lien avec l'attente de disponibilité de la figure d'attachement » .
- ✓ Les troubles addictifs semblent en lien avec un style d'attachement évitant ou craintif. Ces sujets recherchent davantage les substances sédatives.
- ✓ Les psychostimulants semblent davantage recherchés par les personnes ayant un style d'attachement préoccupé.
- ✓ Chez les psychotiques , on note une surreprésentation des styles d'attachement détachés et désorganisés.
- ✓ Chez les personnalités limites, on trouve une surreprésentation des styles d'attachement préoccupés et non résolus . (**Berneau, 2019**)

❖ Troubles de personnalité:

Le DSM IV-TR permet d'établir un lien entre les troubles de la personnalité et le trouble de l'attachement. Effectivement, dans la définition de plusieurs troubles de personnalité, la difficulté d'avoir des relations affectives stables et fonctionnelles est un critère (APA,

2000) Une personne avec un trouble de personnalité, par exemple la personnalité borderline, schizoïde, antisociale, histrionique, aurait tendance à avoir des difficultés relationnelles, et ce, depuis l'enfance ou l'adolescence.

Certains troubles de la personnalité sont généralement liés à un style d'attachement :

La personnalité histirionique: rappelons brièvement que les personnalités histrioniques se caractérisent par un besoin désespéré d'obtenir de l'attention et d'être rassurées par les autres. Ces personnes ont tendance à avoir un attachement de type anxieux/ambivalent puisqu'elles vont souvent surestimer leurs relations et même les idéaliser. Par contre, leurs relations interpersonnelles ne répondront pas à leurs attentes surélevées.

La personnalité borderline: elle se caractérise par une instabilité affective, relationnelle et de l'image de soi en plus d'une impulsivité marquée. Les styles d'attachement anxieux et évitant sont présents chez la personnalité borderline.

La personnalité évitante :Les personnalités de type évitant souhaitent se rapprocher des autres et désirent une relation intime tout en ayant peur d'être rejetées. Elles ont donc tendance à agir de façon stratégique afin d'éviter les relations intimes. La personnalité de type évitant s'eraît, pour sa part, liée aux types d'attachement évitant.

Finalement, **la personnalité antisociale:** est caractérisée par un manque de remords et d'empathie à l'égard des autres. Ce type de personne a peu de respect des règles sociales et a tendance à tromper les autres par plaisir ou par intérêt personnel. La personnalité antisociale serait liée au type d'attachement évitant .

Le fait d'utiliser la théorie de l'attachement pour expliquer la présence des troubles de personnalité permet de comprendre davantage l'univers psychique des individus avec ces problématiques. La théorie de l'attachement permet aussi de comprendre comment les relations interpersonnelles en bas âge influencent le développement de la personnalité et le fonctionnement psychosocial futur. Tel que mentionné précédemment, les enfants avec un trouble de l'attachement ont plus de chances de développer de l'agressivité ainsi qu'un trouble des conduites. Ils utilisent cette agressivité pour obtenir l'attention de leur figure d'attachement Considérant qu'ils n'ont pas une réponse adéquate à leur besoin, ces comportements de colère ou de protestation auront tendance à s'amplifier. (**Genest et Mathieu, 2011**)

Synthèse :

La théorie de l'attachement nous montre l'impact majeur des premières relations entre l'enfant et ses figures d'attachement sur son développement émotionnel et psychologique.

Les séquelles des troubles de l'attachement ne se limitent pas à l'enfance, elles s'insinuent dans la vie adulte, impactant profondément le bien-être mental et émotionnel des individus. Les adultes atteints de ces troubles peuvent éprouver des difficultés majeures à établir des liens émotionnels solides, souffrant d'anxiété relationnelle et de problèmes de confiance qui entravent leurs interactions quotidiennes. Leurs relations sont souvent marquées par un besoin de contrôle et un manque de confiance, révélant également une fragilité émotionnelle.

Comme mentionné précédemment, Les modèles internes opérants (MIO), construits dès l'enfance à travers les interactions avec les figures d'attachement, ne disparaissent pas avec l'âge ; ils continuent d'influencer la manière dont l'adulte perçoit et vit ses relations, y compris dans le contexte de la psychopathologie.

Partie pratique

Chapitre III: Le cadre méthodologique

Chapitre III: Le cadre méthodologique

Préambule:

La méthodologie est primordiale pour tout projet de recherche. En psychologie, comme dans toute autre science, elle repose sur une variété de méthodes utilisées pour collecter des informations. Ces méthodes de recherche constituent des outils essentiels pour comprendre et interpréter le comportement humain et les processus mentaux.

Dans ce chapitre, nous allons présenter l'allure qu'a pris notre travail de recherche. D'abord nous exposerons la première étape de notre étude : la pré-enquête.

Puis nous définirons la méthode utilisée, ensuite nous allons présenter le lieu et le groupe de recherche, par la suite nous mettrons en avant les outils employés durant la réalisation de notre travail de recherche et nous evouquerons le déroulement de l'enquête. Et enfin, les difficultés rencontrées sur le terrain.

1. La pré-enquête :

Notre pré-enquête réalisée de novembre 2024 à février 2025 au sein de EHS en psychiatrie de Oued Ghir situé au niveau de la wilaya de Béjaïa, avait pour but la connaissance de Terrain d'étude et de notre échantillon, ainsi qu'à déterminer les outils a utilisé dans la recherche.

Dès notre arrivée sur le terrain, on s'est présentée au responsable de stage comme suite : nous sommes des étudiantes en master deux psychologie clinique à l'université de Abderrahmane Mira Béjaïa préparant un travail de fin de cycle, en vue d'obtenir un diplôme de Master. Cette rencontre a permis d'avoir l'autorisation d'accès, de définir les limites du travail, et a offert une opportunité d'échanger sur les objectifs de la recherche.

Initialement, on avait opté pour un stage clinique basé sur un intérêt particulier pour les troubles de personnalité notamment pour mieux comprendre leur fonctionnement psychopathologique, leurs manifestations cliniques, ainsi que les interventions psychothérapeutiques qui pourraient être proposées. Cependant lorsqu'on est arrivé sur le terrain on a rencontré une réalité clinique totalement différente : on a observé une prévalence très faible des troubles de personnalité. Ce manque nous a conduit à orienter notre Analyse sur deux pathologies psychiatriques beaucoup plus rencontrées sur le Terrain, tout en adoptant un problème Transversal et observable chez plusieurs patients: La qualité de lien Avec autrui. On a donc réorienté notre thématique vers la question d'attachement en particuliers chez des personnes souffrant d'une dépression ou d'une schizophrénie.

Pour mener à bien cette recherche, nous avons sélectionné des outils cliniques et psychométriques adaptés à notre population.

2. La méthode de la recherche :

La méthode descriptive occupe une place importante dans le domaine de la recherche scientifique. Elle vise à observer, à décrire et à analyser les phénomènes tels qu'ils se présentent dans leur contexte naturel, sans chercher à établir des relations de cause à effet, et sans manipuler de variables ni intervenir sur les conditions de l'étude.

La méthode descriptive est une approche qualitative de recherche qui se concentre sur la description précise et objective des phénomènes étudiés. Elle vise à fournir une image claire et complète de la réalité observée, sans chercher à établir des relations de cause à effet ou à tester des hypothèses. Elle a pour but de : Décrire un phénomène ou un groupe de phénomènes;

Chapitre III: Le cadre méthodologique

déterminer la fréquence et la distribution de certains événements; Identifier les caractéristiques clés d'un groupe ou d'une population; Explorer un sujet de recherche de manière approfondie. (**Daoud, s.d**)

Dans le cadre de notre recherche sur “le lien d’attachement chez les personnes présentant un trouble mental”, cette méthode nous a permis d’explorer comment les styles d’attachement se manifestent dans les récits de vie, les comportements et l’histoire relationnelle de chaque sujet.

La méthode descriptive rejoint ici la “ méthode clinique” qui repose sur l’étude approfondie de l’individu, dans sa singularité et son ensemble. Comme le souligne J.-L. Pedinielli: « Si la méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrant, elle ne peut que se centrer sur le cas, c’est-à-dire l’individualité. Le travail du psychologue a pour objet l’individu et non pas les populations ce qui implique que la méthode clinique se centre sur cette dimension et rapporte les faits observés à son objet: l’individu.

Pour Lagache et Anzieu, elle est applicable à l’homme isolément, qu’il ait des conduites normales ou pathologiques. La psychologie clinique individuelle est l’étude de la conduite humaine, qu’elle soit adaptée ou inadaptée

D’après Bourguignon, cette méthode s’attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité. Ses conduites sont replacées dans leur contexte individuel (histoire de l’individu et situation actuelle). La méthode clinique prend en compte l’engagement de l’observateur. Selon lui, la méthode clinique comporte plusieurs étapes dont la description minutieuse de la situation dans sa spécificité et l’engagement du chercheur. La description minutieuse de la situation passe par une phase d’observation précise dont la description fidèle suppose l’exclusion de l’interprétation des phénomènes étudiés. (**Mwanza, 2024**)

L’étude de cas est une technique privilégiée de la méthode clinique. Toutes les informations recueillies auprès d’un patient, quelles qu’en aient été les modalités de recueil, sont à intégrer dans une étude de cas. (**Combaluzier, s.d**)

L’étude de cas est la reconnaissance d’un trouble en appliquant au cas individuel des données générales. Cette méthode tente de restituer le sujet et non pas de reconnaître la spécificité de la pathologie ou du problème qu’il présente. Étude approfondie d’un ou de plusieurs individus au moyen d’observations entrevues et parfois de tests psychologiques. L’étude de cas permet l’étude approfondie d’un individu. Elle permet de décrire en détail la

Chapitre III: Le cadre méthodologique

complexité de l'individu et se rapproche ainsi des cas cliniques rencontrés par les praticiens (psychologues cliniciens, psychanalystes, psychothérapeutes. Psychiatres) dans leur pratique quotidienne. (**Mwanza, 2024**) L'étude de cas représente ainsi une source précieuse d'informations dans l'analyse de phénomènes rares ou complexes, et peut constituer une base pour la formulation ultérieure d'hypothèses ou de pistes de réflexion cliniques.

La recherche en psychologie doit adhérer aux règles générales d'éthique de la recherche, et l'éthique de la psychologie: les règles éthiques du consentement libre et éclairé; le respect de l'estime de soi du sujet; le droit à la confidentialité et à la vie privée, entre autres, doivent être respectées. Lorsque la recherche porte sur des personnes vulnérables comme les patients souffrant de troubles mentaux, les règles éthiques sont plus strictes. (**Mwanza, 2024**)

3. Présentation de lieu de recherche :

Le terrain de cette recherche a été mené au sein de l'établissement hopitalier Spécialisé en psychiatrie “**El Moudjahid Hanat Rabeh**”, situé à Oued Ghir dans la wilaya de Béjaia; qui s'étend sur une superficie d'environ quatre ha.

Cet hopital psychiatrique assure plusieurs missions essentielles: la prise en charge médicale et psychologique, la surveillance...etc. Pour répondre à ces missions, l'EHS de oued ghir mobilise une équipe pluridisciplinaire composée de médecins psychiatres et généralistes, de psychologues, d'infirmiers...

L'établissement est structuré autour de deux services principaux:

Service de psychiatrie adulte: avec une capacité d'accueil de 100 lits, elle dispose de quatre unités, à savoir:

- Unité d'hospitalisation « fermée»: sous contrainte ;
- Unité cure libre Homme ;
- Unité cure libre femme ;
- Urgences psychiatriques et consultations.

Pédopsychiatrie: ce service ne dispose pas d'unité d'hospitalisation pour le moment, il n'assure que les urgences et les consultations pédopsychiatriques.

4. Le groupe de recherche :

Un échantillon est un sous-ensemble d'éléments (individus, objets ou situations) extraits d'une population de référence qu'ils sont censés représenter. (**Caumont, 2016**)

Chapitre III: Le cadre méthodologique

Notre groupe d'étude est un groupe de 07 patients adultes, dont 2 femmes et 5 hommes âgés de 20 ans à 56 ans; hospitalisés au sein du service de psychiatrie adulte de oued ghir, où ils bénéficient d'une prise en charge thérapeutique et psychiatrique spécialisée. Le tableau suivant résume les données générales inhérentes à ma population de recherche:

Nom	Sexe	Age actuel	Niveau d'instruction	Age de début de trouble	Type de trouble
Said	Masculin	27 ans	Terminale	13 ans	Schizophrénie
Bachir	Masculin	44 ans	9 ème année	28 ans	Schizophrénie
Karima	Feminin	45 ans	6 ème année	17 ans	Dépression
Yacine	Masculin	56 ans	9 ème année	56 ans	Dépression
Lyla	Feminin	47 ans	Non scolarisée	44 ans	Dépression
Nassim	Masculin	20 ans	Licence	18 ans	Schizophrénie
Saleh	Masculin	45 ans	Master	38 ans	Dépression

Les critères d'homogénéité :

- Tous les cas suffrent d'un trouble mental
- Tous les cas sont hospitalisés au service de psychiatrie adulte de oued ghir.
- Le type de pathologie: dépression ou schizophrénie

Les critères non pertinents :

- Le sexe des cas
- Leurs situation matrimoniale
- Leurs niveau d'études.
- L'âge des cas.

5. Les outils d'investigation :

Dans le cadre de notre recherche , on a réalisé des entretiens en suivant un guide d'entretien général visant à référencer les principales thématiques à aborder et les questions à

Chapitre III: Le cadre méthodologique

poser aux sujets, et en utilisant une échelle ECR-R pour évaluer leurs styles d'attachement et leurs perceptions des relations interpersonnelles.

5.1 L’entretien clinique semi- directif:

L’entretien clinique : utilisé par les psychologues cliniciens : vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d’un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l’accent sur la relation, L’entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d’enquête en sciences sociales, il constitue l’un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet.(**Bénon, H. Et Chahraoui, KH.1999**).

L’entretien semi-structuré : Au cours de notre étude, on a eu recours à une Technique d’enquête qualitative très répandue: l’entretien clinique semi-directif. Qui consiste en une interaction verbale sollicitée par l’enquêteur/trice auprès d’un/e enquêté/e, à partir d’une grille de questions utilisée de façon très souple. Elle a été choisi pour explorer en profondeur les expériences relationnelles , les souvenirs affectifs, ainsi que les perceptions du lien d’attachement chez les personnes présentant un trouble mental. Cet outil nous a permis de recueillir des informations riches sur les participants, et d’accéder à leurs manière singulière de comprendre et de vivre les relations affectives. (**Pin, 2023**) L’entretien a pour visée de faire s’exprimer un individu pour recueillir des informations à propos d’un thème particulier (p. Ex., le mode de vie de ce dernier, ses motivations, son ressenti et son vécu par rapport à un événement, une situation expérimentale, etc.). Conduire un entretien n’est pas anodin et nécessite certaines compétences communicationnelles pour animer les échanges. (**Guillaume, 2017**)

Nous distinguerons trois types de techniques de recueil d’information qui correspondent aux trois types d’entretien : le directif, l’entretien libre, et l’entretien guidé – celui que nous présenterons ici –

L’entretien semi- directif est un entretien qui favorise l’expression libre et associative à partir d’une question ouverte tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises pour lesquelles l’examineur souhaite une réponse, il doit être mené au contraire de l’entretien structuré par un clinicien entraîné qui a une connaissance approfondie de la nosographie.(**Bénon, et Chahraoui, 2003**).

L’entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d’entretien plus ou moins structuré

Chapitre III: Le cadre méthodologique

Le guide d'entretien : il s'agit d'un “ ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer “ (**Blanchet, 1992**).

Le guide d'entretien est un document qui regroupe l'ensemble des questions à poser ou des Thèmes à aborder lors d'une entrevue. Notre guide d'entretien inclut trois axes:

Axe N° 1: Renseignements sur le trouble mental

Axe N° 2: Renseignements sur les relations précoces : vise à explorer :comment la personne a vécu ses premières relations affectives (souvent avec les figures parentales), car ces expériences influencent profondément les schémas d'attachement à l'âge adulte.

Axe N° 3: Renseignements sur les relations actuelles : Évaluer la manière dont la personne fonctionne aujourd'hui dans ses relations sociales, perçoit les autres, et gère ses émotions .

5.2 La présentation de l'échelle de l'ECR-R:

L'emploi de questionnaires et d'échelles constitue la méthode de recueil la plus courante en psychologie (que ce soit dans la recherche ou la pratique clinique). Le questionnaire est utile pour obtenir des informations factuelles (p. ex., sur des connaissances, des attitudes, des opinions, etc.). L'échelle a quant à elle une dimension évaluative (p. ex., de la satisfaction, de la personnalité). Simples d'utilisation, de tels instruments de mesure peuvent être groupés dans un même corpus puis transmis au participant en auto-passation. (**Guillaume, 2017**) L'**échelle** est un système de mesure d'une variable ou d'une fonction cognitive, sociale, émotionnelle ou comportementale, telle que la personnalité, l'intelligence, les attitudes ou les croyances. Tout instrument pouvant être utilisé pour effectuer une telle mesure.

L'ECR-R: “the experiences in close relationships- revised”

Est une version révisée du questionnaire “experiences in close relationships” de Brennan, Clark et Shaver (1998) ; un questionnaire largement utilisé pour évaluer les styles d'attachement dans les relations amoureuses chez l'adulte. Par la suite la version révisée (ecr-r) a été développé par Fraley, Waller& Brennan (2000) , pour améliorer la validité des items et la précision de l'évaluation des styles d'attachement, la version révisée a été traduite et validé par Favez et Al en 2016.

L'ecr et ecr-r sont tous les deux conçus pour mesurer deux principales dimensions l'anxiété liée à l'attachement ; et l'évitement d'intimité :

Chapitre III: Le cadre méthodologique

L'anxiété d'attachement se réfère à la peur intense de l'abandon et du rejet par le partenaire. Les individus avec une forte anxiété d'attachement sont souvent préoccupés par la disponibilité et la réciprocité de leurs partenaires. Ils manifestent une hyper vigilance aux signes de non-disponibilité ou de désintérêt, et peuvent éprouver une forte détresse en cas de conflit ou de séparation perçue, recherchant constamment des assurances et un soutien.

L'évitement de l'intimité décrit le degré auquel un individu est inconfortable avec la proximité émotionnelle et la dépendance. Les personnes ayant un fort évitement de l'intimité valorisent leur indépendance et ressentent de l'inconfort, voire de l'angoisse, face à une trop grande proximité émotionnelle. Elles évitent l'intimité pour se protéger de la vulnérabilité et du potentiel de blessure émotionnelle, ce qui se manifeste par un comportement distant et une réticence à partager des sentiments personnels. (**Montorfani, 2024**)

Cette échelle comporte une série de 36 items. Chaque élément est évalué sur une échelle de 7 points allant de un (1) qui signifie fortement en désaccord à sept (7) qui signifie fortement en accord.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

■ **La consigne :**

« Les énoncés suivants concernent ce que vous ressentez dans des relations émotionnellement intimes. Vous pouvez les utiliser pour évaluer comment vous avez tendance à vous sentir dans les relations proches en général, ou vous concentrer sur une relation particulière ou un type de relation».

« Des exemples typiques incluent votre relation avec votre partenaire amoureux actuel, les partenaires amoureux en général, votre mère, votre père, votre meilleur ami, ou vos amis en général. Avec des adaptations, ces affirmations sont également pertinentes pour les relations thérapeutiques. En utilisant l'échelle de 1 à 7, indiquez après chaque affirmation un chiffre pour montrer à quel point vous êtes d'accord ou non avec l'affirmation ».

■ **Les sous- Échelle :**

Cet instrument (ECR-R) est réparti en deux sous-échelles distinctes :

L'anxiété D'attachement : [1,3,5,7,9,11,13,14,15R,16,17R,18,20,22,24,26,29,30]

L'évitement D'attachement: [2R, 4R, 6R, 8R, 10R, 12R, 19R, 21R, 23R, 25R, 27, 28, 31, 32R, 33R, 34, 35, 36]

Chapitre III: Le cadre méthodologique

Pour chaque sous-échelle, on calcule une moyenne des scores donnés par le sujet aux items correspondants.

- **La cotation :**

On commence par inverser les réponses à toutes les affirmations suivies d'un (R) (par exemple : affirmations 4, 8, 16, 17, 18, etc.). Ainsi, pour ces affirmations, si une réponse est "1", on la note "7", si elle est "2", on la note "6", et ainsi de suite.

Pour chaque sous-échelle, on calcule un score moyen en faisant la moyenne des réponses aux items correspondants.

Un score élevé à la dimension anxiété traduit chez la personne une forte crainte du rejet et un besoin intense de proximité, tandis qu'un score élevé à la dimension évitement indique une tendance à la réticence à l'intimité émotionnelle et à rechercher l'indépendance affective.

Les seuils peuvent varier un peu selon les études, mais souvent on considère :

0 à 3: score faible;

3 à 4.5: modéré;

4.5 à 7: élevé.

Cela aide à situer le style d'attachement.

La formulation utilisée dans cette version de l'ECR-R est volontairement assez générale, en parlant par exemple de « cette personne/les autres ». Si l'on utilise systématiquement l'échelle uniquement pour les relations amoureuses, il est tout à fait raisonnable de modifier la formulation pour que toutes les affirmations concernent « mon partenaire».

- **Le diagramme :**

Une fois les scores moyens calculés pour chaque participant (anxiété et évitement) :

On peut également reporter ces scores moyens sur le diagramme des dimensions ECR-R afin d'évaluer si le profil correspond à la sécurité, à la préoccupation (anxieuse), au rejet (évitant) ou à l'évitement craintif (désorganisé).

On place les deux scores sur un diagramme en deux axes :

Chapitre III: Le cadre méthodologique

Axe horizontal → Anxiété

Axe vertical → Évitement

Chaque participant est représenté par un point (ou une croix, arc ...) à l'intersection de ses deux scores.

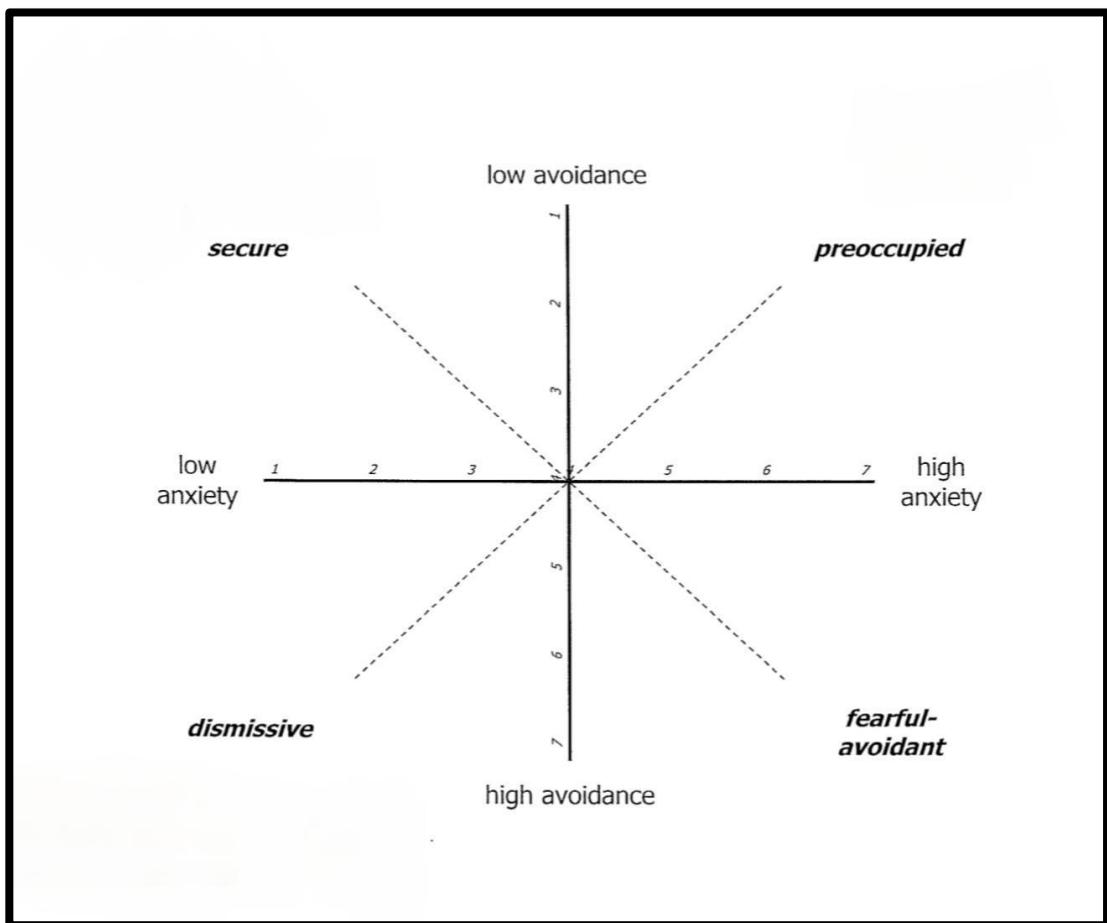
Le graphique est divisé en 4 quadrants, correspondant aux styles d'attachement :

Bas anxiété / Bas évitement → Attachement sûre

Haut anxiété / Bas évitement → Attachement préoccupé

Bas anxiété / Haut évitement → Attachement détaché

Haut anxiété / Haut évitement → Attachement craintif



Le graphique ci-dessous (Fig. 1) présente un modèle de distribution des scores d'anxiété et d'évitement selon le style d'attachement.

6. Dérroulement de la recherche sur terrain:

Dans toute recherche scientifique, une enquête est essentielle pour collecter des données directement auprès d'un échantillon représentatif. Cela permet aux chercheurs de tirer des conclusions significatives et de faire des déductions éclairées sur la population.

Notre recherche s'est déroulée au sein d'un service de psychiatrie adulte dans l'établissement psychiatrique de Oued ghir, Béjaïa dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude. Elle a durée un mois et demi du 06 avril jusqu'au 20 Mai. Notre objectif était de déterminer les styles d'attachement chez les personnes souffrant d'un trouble mental, à travers une approche qualitative.

Pour commencer, nous avons sélectionné un premier échantillon de « sept personnes » qui possèdaient un diagnostic de deux grands troubles psychiatriques : la schizophrénie et la dépression après avoir constaté qu'elles répondent à nos exigences et aux caractéristiques recherchée.

Lors de la première séance, un premier contact clinique nous a permis de nous présenter en tant que psychologue stagiaire et que cette étude se fait pour un mémoire de fin d'étude; d'introduire le cadre de la recherche, d'obtenir le consentement éclairé et d'établir une alliance de travail.

Ensuite, on a réalisé deux entretiens semi-directifs au cours de la deuxième et de la troisième séance, dans le but d'explorer l'histoire relationnelle , les relations actuelles et les manifestations du lien chez chaque patient. Les entretiens ont été réalisé dans deux lieux distincts : dans le bureau de psychologue et dans une salle de loisirs située au sein du service de psychiatrie adulte. Les deux espaces se caractérisent par une atmosphère paisible, calme, fermé, garantissant la confidentialité de l'échange.

Enfin, après les entretiens on a administré l'échelle ECR-R (Experience in Close Relationships – Revised), outil permettant de mesurer les dimensions d'anxiété et d'évitement dans les relations d'attachement.

7. Les difficultés de la recherche:

Lors de notre expérience sur le terrain, on a rencontré plusieurs difficultés qui ont influencé, à différents niveaux, le bon déroulement du ce travail:

- ✓ On a effectué notre stage au mois de mai, ce qui nous a causé un retard dans la rédaction de notre thèse;

Chapitre III: Le cadre méthodologique

- ✓ Le nombre de patients rencontrés présentant des troubles variés était restreint: principalement dépression, schizophrénie, addictions, démence.
- ✓ Il était difficile d'entrer en contact avec les familles des patients: en raison d'absence des horaires et jours fixes pour les visites. Cette limite a restreint notre capacité à explorer la dynamique familiale, pourtant essentielle dans la compréhension de l'attachement.

Cependant, malgré toutes ces contraintes, cette expérience de terrain a été profondément enrichissante:

- ✓ Les patients ont été ouverts, communicatifs et coopératifs, facilitant le recueil de données.
- ✓ Les échanges avec les patients ont été riches en contenu, malgré la présence de troubles mentaux.
- ✓ L'équipe de travail (psychologues, infirmiers, personnel administratif) s'est montrée : Très accueillante, bienveillante ,Toujours coopérative et prête à accompagner la démarche de recherche.

Chapitre III: Le cadre méthodologique

Synthèse:

Le cadre méthodologique mis en place nous a permis de recueillir des données pertinentes pour analyser la dimension de l'attachement chez nos sujets. On s'est basées sur des procédures et outils d'investigations: entretien semi- directif et échelle d'ECR-R pour trouver des réponses à notre question de recherche, atteindre les objectifs de ce travail, et à tester nos hypothéses.

Dans le chapitre qui suit nous allons présenter et analyser les cas puis on va entamer à la discussion des hypothéses.

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

1. Présentation et analyse des cas:

L'interprétation des résultats vise à donner un sens aux conclusions que nous avons tirées de notre recherche. Nous cherchons à comprendre et à identifier les schémas relationnels, ainsi qu'à expliquer les éléments significatifs observés autour des dynamiques d'attachement, chez nos sujets.

1.1 Cas de Saïd:

Âgé de 27 ans, Saïd est l'aîné d'une fratrie de trois enfants, composée d'un garçon et de deux filles. Issu d'un foyer parental séparé, il est actuellement célibataire. Il souffre de schizophrénie, diagnostiquée à un âge précoce (13 ans), et a connu plusieurs hospitalisations.

Présentation et analyse de l'entretien :

Lors des entretiens cliniques qui se déroulaient dans la salle des loisirs d'unité cure libre "homme"; Saïd a manifesté un manque évident d'énergie physique et psychique, un retrait relationnel profond, un évitement de contact oculaire, des idées et pensée floues, un langage incompréhensible, au point que l'interlocuteur pouvait percevoir une sorte de "vide intérieur". Ces manifestations traduisent une altération du lien à l'autre et à soi.

Saïd nous a confié qu'il vit actuellement avec son père, qu'il identifie comme la personne ayant découvert les premiers signes de sa maladie et l'ayant pris à différentes consultations et hôpitaux psychiatriques. Après la séparation de ses parents, son père a pris en charge Saïd ainsi qu'une de ses sœurs, alors qu'il n'avait que trois ans. Le sujet mentionne ne garder aucun souvenir de sa mère ni de sa petite enfance. Il déclare : " Je ne me souviens pas vraiment... Dès que j'ai grandi et commencé à comprendre, je me suis retrouvé chez mon père. Ma mère ? Je me souviens pas vraiment d'elle au passé maintenant elle est gentille normal. "¹

À propos de sa relation avec sa maman, il ajoute: "Je la visite souvent, mais elle n'est pas vraiment proche de moi, comme mon père."²

¹ " uchfighara mlih, seg mi dechfigh ar baba iligh, nki d wletma...ima ? amdinigh uchfighara, tura kan ichfigh l3alit normal ".

² " truhegh ghures mais uprochara normale kan, machi am bava. "

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

Malgré des conflits fréquents avec son père, notamment à propos du travail vue que le sujet n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle, il souligne une forme d'ambivalence et de confusion : "Il m'a frappé quand j'étais petit, il me met parfois dehors, mais il me rend visite ici et je peux compter sur lui. ".³

Saïd entretient une bonne relation avec ses sœurs, en particulier celle qui vit avec lui et leur père. Toutefois, ses relations sociales actuelles restent limitées. Il déclare préférer rester seul à la maison et affirme n'avoir ni amis proches ni relations significatives en dehors de son père. Celui-ci est perçu comme la seule personne en qui il a confiance et avec qui il se sent capable de partager ses préoccupations.

Lors de l'entretien, le sujet semblait confus et peu engagé dans l'échange. Il répondait fréquemment par " normale " à plusieurs questions, ce qui a limité la profondeur de l'exploration clinique. Par ailleurs, Saïd ne semblait ni conscient de sa maladie, ni informé du motif réel de son hospitalisation. Il exprimait la conviction que son père l'avait conduit à l'hôpital simplement " pour se débarrasser de lui".

Pour conclure l'entretien, Saïd a exprimé le désir de réorganiser sa vie après sa sortie de l'hôpital. Il manifeste une volonté de trouver un emploi.

Interpretation des résultats de l'échelle (ECR-R):

Voici les résultats obtenus par Said :

Evitement!	Anxiété
4.6	4.3

³ " Vava , bien dides...iwhayi mi Ligh damezyan , tura tikwal iterifeyyi netnagh toujours lwahi 3lajal lkhedma ...f bava kan izemregh ateklegh itased ar ghuri hekughas asma utilighara bien. "

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

Les résultats indiquent un score modéré en anxiété et élevé en évitement. Ce profil reflète un attachement désorganisé, marqué par des réponses confuses et contradictoires; le sujet combine à la fois une préoccupation persistante à la possibilité d'être rejeté ce qui signifie la présence du chiffre (7), (6) et (5) pour ces items: 5, 7, 16, 24, 26; et des difficultés de confiance aux autres tel que révélé par ses réponses par les chiffres (1) aux items: 6, 10, 12, 27...

Synthèse de cas de Saïd :

Said obtient un score élevé et presque égale dans les deux dimensions : d'évitement (**4.6/7**) et d'anxiété (**4.3/7**) ce qui indique un attachement désorganisé. Saïd a grandi avec un père à la fois protecteur et source de souffrance. Cette double facette du père (refuge / menace), et sa relation confuse à la mère crée une base insécure typique de l'attachement désorganisé.

1.2 Cas de Bachir :

Bachir, 44 ans, est un ancien ouvrier divorcé, diagnostiqué schizophrène dès l'âge de 28 ans. Un homme gentil et respectueux.

Présentation et analyse de l'entretien :

Contrairement aux manifestations typiques du repli schizophrénique, Bachir a montré durant les entretiens une capacité d'écoute remarquable et une réponse appropriée aux questions posées.

Bachir est le huitième d'une fratrie de dix enfants. Il décrit une relation particulièrement proche avec sa mère, qu'il considère comme la figure d'attachement centrale de son enfance. Sa relation avec son père, en revanche, est restée distante, bien que le climat familial ait été relativement stable et sans conflits majeurs entre les parents. Il déclare: " j'étais vraiment proche avec ma mère - Paix à son âme- Elle est attentionnée , nous donne souvent des conseils et nous guide, moi et mon père. Il n'y a pas de disputes entre nous, uniquement du respect.¹ Après le décès de sa mère, Bachir a transféré ce lien d'attachement vers sa sœur aînée (la deuxième de la fratrie), qu'il perçoit comme ayant symboliquement repris le rôle maternel: " ...je suis

¹ " Ligh qerbegh mliah lwahi d yema -asye3fu rebi- Hekughas, tensahiyi, tahnint fllanegh Aken ma nela...nki d bava ur netnaghara mi garanegh leqder kan unetqesirara negh..."

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

également proche de ma sœur aînée, surtout depuis le décès de notre mère elle a un peu pris sa place. "²

Sur le plan familial, il est à noter que le sujet a un frère ainsi qu'un cousin atteints de schizophrénie, ce qui souligne un terrain de vulnérabilité familiale face à ce trouble psychiatrique, et pourrait constituer un facteur de risque génétique.

Sur le plan social et relationnel, Bachir se décrit comme bien entouré. Il affirme bénéficier d'un réseau d'amis solides, capables de le soutenir durant les périodes difficiles, et avec lesquels il entretient des liens de confiance. Il explique également qu'il se lie facilement d'amitié communiquant ouvertement en cas de conflit, où il dit: "J'ai aussi des amis sincères sur qui je peux compter, et eux aussi comptent sur moi. Quand quelque chose me dérange, je leur en parle calmement, et on résout le conflit".³

Divorcé et sans enfants, notre sujet évoque un mariage qui a duré cinq ans, et a pris fin suite d'une infidélité de son épouse. Cette expérience l'a profondément marqué, au point qu'il évite toute implication dans des relations amoureuses. Ce pendant, vers la fin de notre rencontre avec lui, lors du deuxième entretien, Bachir s'est montré plus ouvert et réceptif. Il a exprimé avec sincérité son désir de se reconstruire sur le plan affectif. À la suite de nos encouragements et conseils bienveillants, il a évoqué la possibilité de redonner une chance à lui et à une future partenaire.

Sur le plan de la régulation émotionnelle, Bachir déclare qu'il a du mal à accepter les événements difficiles. Pour y faire face, il mobilise diverses stratégies d'adaptation, parmi lesquelles: le recours au soutien social, la consommation de tabac... étant perçus par lui comme des moyennes permettant de libérer la tension émotionnelle.

² "...Ntemsefham me3na lwahi duletma nni tameqrant akter ladgha après lmuth n yema I netath imenhu shekugh, shedregh, igetfen amkan n yema."

³ " oui s3igh imdukal Ternay neseh, necheda tafeghten tafniyi...oui qareghasen, qareghasen anechta iqelqeyi ighatiyi lhal zyes me3na sle3qel Machi s z3af".

Interprétation et analyse des résultats de l'échelle (ECR-R):

Voici les résultats obtenus par Bachir :

Evitement	Anxiété
2.2	3.8

Bachir obtient un score modéré d'anxiété caractérisé par une légère insécurité relationnelle ce qui est révélé sa réponse par (7) sur ces items: 11, 16 et 24; et une faible tendance d'évitement traduisant une ouverture à l'intimité et un confort relationnel. Le score obtenu dans les deux dimensions, associé au positionnement sur le diagramme ecr-r, permet de déterminer un style d'attachement sûre.

Synthèse de cas de Bachir :

Malgré la présence d'un trouble mantale , notre sujet présente un attachement sûre, d'après son discours et comportement: vision positive de soi et des autres, des relations précoces et actuelles stables...Les résultats obtenus également indiquent un attachement sûr: (2.2/7) un score faible d'évitement et (3.8/7) un score modéré d'anxiété.

1.3 Cas de Karima :

Il s'agit de Karima, une femme âgée de 45 ans, célibataire et orpheline de père depuis l'âge de cinq ans. Souffrant d'une dépression, et également de deux tentatives de suicide. Elle a niveau scolaire de 6 ème année. Issue d'un statut socio- économique très faible.

Présentation et analyse de l'entretien :

Notre cas est issue du second mariage de son père et a grandi au sein d'un environnement familial complexe, composé de deux soeurs et frères et de demi-frères. Cette configuration, marquée par l'absence de la figure paternelle et une hiérarchie familiale floue, a engendré chez elle un sentiment profond de solitude affective. Elle rapporte avoir été exposée

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

à des violences physiques et psychologiques durant l'enfance, notamment de la part de ses demi-frères, décrivant des épisodes de " hogra" (mépris, humiliation) : " : je me souviens très bien...il mont frappé, tiré les cheveux, m'insultaient.."¹

Outre la perte précoce de son père, elle a également vécu le suicide de son frère aîné - figure parentale de remplacement - qui, selon elle, souffrait également d'une maladie mentale. Ce décès représente une rupture affective majeure dans son histoire. À cela s'ajoute un contexte familial chargé en pathologies mentales: incluant sa sœur, son oncle, et son frère précité.

Actuellement, Karima vit dans un retrait social total , ne quittant son domicile que lorsqu'elle est accompagnée et uniquement pour des raisons impératives (consultations médicales, démarches administratives, etc.). Son cercle social se limite à quelques membres de sa famille proche (mère, frère, sœurs, nièces), en qui elle place une confiance prudente; Elle exprime également une crainte marquée des interactions sociales , nourrie par la peur d'être rejetée, humiliée ou blessée : "Je n'arrive pas à m'attacher ou à me lier aux gens... il n'y a que mes frères et sœurs et ma mère... je ne sort qu'au cas d'urgence."²

Bien que son univers relationnel actuel soit centré sur sa famille, elle confie qu'elle garde tout en elle, par souci de ne pas ajouter de fardeau à une mère déjà âgée et malade, et à des proches déjà occupés par leurs propres problèmes. Ce refus d'exprimer sa souffrance, combiné à un vécu de solitude intérieure, a créé une vision très dévalorisée d'elle-même, marquée par l'impression d'être inutile, indigne d'amour et sans importance. Elle décrit sa vie comme "détruite", sans espoir de changement, ce qui traduit une vision du monde profondément teintée de désespoir. Elle déclare: " Ma mère est une vieille femme malade, elle ne peut plus rien supporter... Mes frères et sœurs, c'est pareil, chacun a ses propres problèmes."³

¹ " chfigh kathniyi ayethmayi g Vava bla Seba adasen ayewthen wayet3ayaren ...kathniyi sitarenes a wou3eboutiw, teqla3niyid che3riw...d lhogra".

² " ala t3achargħara tagadegħ meden...ayethma kan n seh lwahi dyemma... s3igh derya wletma dagħen thibaghthen...tefagħegħ kan i les urgences "

³ "...uhekugh ihed yemma tameqrant tamutint tezmirara dayen...ayethma disetma kif kif koul yiwen yletha d lmachakelis."

Interprétation et analyse des résultats de l' échelle (ECR-R) :

Voici les résultats obtenus par Karima :

Evitement	Anxiété
5.1	5.2

Karima obtient un score élevé en anxiété et en évitement. Son profil reflète un attachement désorganisé, caractérisé par un sentiment d'insécurité interne avec une organisation psychique vulnérable et fragile ce qui justifie la présence du chiffre (7), (6) pour ces items: 1, 3, 5, 7, 11, 14, 16, 18, 20 22...; et un évitement de proximité et des difficultés à faire confiance aux autres tel que révélé par ses réponses par les chiffres (1) et (2) aux items: 10, 12, 23, 25, 32, , 35, 36

Synthèse de cas de Karima :

Son profil correspond à un style d'attachement désorganisé (ou craintif-évitant). Marqué par un score élevé d'évitement (**5.1/7**), et d'anxiété (**5.2/7**) Il se manifeste souvent chez des personnes ayant vécu des expériences relationnelles précoces traumatiques, comme dans le cas de Karima, victime d'abus par ses demi-frères et confrontée très tôt à la perte et à la violence.

1.4 Cas de Yacine :

Âgé de 56 ans, Yacine est un homme dynamique et anciennement actif dans divers emplois pendant plusieurs années. Suite à des interventions chirurgicales au niveau de renflement cervicale, il a été contraint de cesser toute activité professionnelle. Cet arrêt brutal, associé à une tentative de suicide, a conduit à un diagnostic de dépression sévère.

Présentation et analyse de l'entretien :

L' attitude de Yacine en entretien était marquée par une grande coopération, tout en introduisant régulièrement des touches d'humour, il parle avec lucidité de son parcours: il rapporte une histoire d'enfance globalement heureuse, stable, marquée par des souvenirs positifs et une bonne relation avec ses parents.

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

Concernant les origines de sa souffrance, le sujet attribue sa tentative de suicide à une accumulation de conflits familiaux, notamment avec sa sœur, autour des problèmes liés à l'héritage. Cette dernière aurait porté plainte contre lui, aggravant une situation déjà tendue. Face à cette pression émotionnelle, Yacine a ingéré une quantité importante de médicaments (liés à sa chirurgie et à son diabète), ce qui a entraîné un coma, puis son admission dans l'établissement psychiatrique.

Yacine témoigne d'une transformation progressive de sa personnalité. Autrefois sociable et apprécié pour son humour - il rapporte qu'on le surnommait " Jouha " - il se montre aujourd'hui plus méfiant et renfermé. Il déclare : "Avant, je croyais que le monde était bon, que les gens nous voulaient du bien. Maintenant, même nos proches nous veulent du mal".¹ Il affirme ne plus rechercher les relations sociales et lorsqu'elles existent, il préfère qu'elles restent superficielles.

Son cercle de confiance s'est également réduit à sa petite famille (son épouse, ses enfants) quelques proches, et un cousin qu'il considère comme un véritable ami. La confiance, selon ses dires, est désormais une chose rare: " Je ne fais plus confiance à personne. Même avec mon épouse, je choisis ce que je partage. Je ne raconte mes secrets à personne. De nos jours, les mauvaises personnes sont partout. ²"

Concernant la gestion de ses émotions, Yacine affirme avoir rarement recours à la colère, surtout depuis l'âge adulte. Dans les rares situations où il ressent de l'énervement, il choisit de se distancier plutôt que de confronter: " Quand quelqu'un me déçoit ou m'énerve, je coupe le lien sans même lui laisser la chance de s'expliquer. ³"

Par ailleurs, il admet avoir recours au tabac comme stratégie de régulation émotionnelle, notamment face au stress et à la frustration.

¹ " *Ii zik, ligh tamnegh lan meden l3li, aghibouden lkhir, ma tura uma d widak ighiherben ugherhimnara lkhir...*"

² " *ukhedmegh confiance g hed g l3emriw kan , uma d widak iyigerben...tamtuthiw, tamtuthiw ushekughara kulech...*"

³ " *Ma d zik d sah ma tura seg mi mghuregh ur hedregh uytuqi3..ayisefqe3 negh ayi3el kra dayen bera.*"

Interprétation et analyse des résultats de l'échelle (ECR-R) :

Voici les résultats obtenus par Yacine :

Evitement	Anxiété
5.1	3.6

Yacine obtient le score le plus élevé dans la sous-échelle « évitement »: il présente une méfiance relationnelle et affective cela renvoie à la présence du chiffre (7) et (6) pour les items suivants : 27, 31, 35 ; et (1), (2) pour les items : 2, 6, 10, 12, 21, 25. Donc nous concluons que le type d'attachement de notre cas est : insecure- évitant.

Synthèse de cas de Yacine :

Yacine obtient un score élevé dans la dimension d'évitement (**5.1/7**) et un score modéré en l'anxiété (**3.6/7**). Ce profil correspond à un style d'attachement détaché-évitant. Caractérisé par: Réduction des liens affectifs, Il limite volontairement ses relations sociales, régulation émotionnelle indépendante : tabac, coupe les liens sans confrontation...

1.5 Cas de Lyla :

Il s'agit de Lyla, 47 ans une mère de deux garçons, femme au foyer; souffre d'une dépression sévère, ponctuée par trois tentatives de suicide.

Présentation et analyse de l'entretien :

Lyla a commencé par nous parler sur son enfance qu'elle décrit comme globalement heureuse, marquée par un climat familial paisible et une bonne relation avec ses figures parentales, et frères et sœurs. Toutefois, ce sentiment de sécurité s'est progressivement effondré après son mariage.

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

Son conjoint, dont elle ignorait les problèmes d'alcool au moment de leur mariage, est devenu la principale source de détresse dans sa vie actuelle. Bien qu'il ne soit pas physiquement violent, il présente une impulsivité marquée et des accès de colère imprévisibles, ce qui a instauré chez Lyla un climat de tension permanente, elle dit: " Depuis que je me suis mariée, ma vie a basculé. Il ne me frappe pas, mais il s'énerve facilement, me rabaisse devant les autres, et parfois il m'ignore complètement pendant des jours, sans me parler.¹ "

Elle affirme être totalement dépendante de son humeur: "s'il est bien, je suis bien ; s'il ne l'est pas, je ne le suis pas non plus.²" Même lorsqu'il paraît calme, elle reste en hypervigilance, craignant de provoquer une réaction de colère à la moindre parole ou attitude. Elle vit ainsi dans une peur constante, renforcée par les fréquentes disputes conjugales qui ne cessent jamais selon ses mots.

Lyla se montre également très préoccupée par la situation de son fils cadet, qui ne travaille pas et souffre lui aussi d'une dépendance à l'alcool. Elle exprime un besoin urgent de " calme et de paix ", qu'elle estime impossible à atteindre dans son environnement actuel. Elle déclare: "Ce qui me préoccupe également, c'est mon fils. Il suit malheureusement le même chemin que son père : " il boit, il ne travaille pas, et il se dispute constamment avec lui. Je ne rêve que d'une chose : retrouver un peu de calme et de paix chez moi. "³

Sur le plan affectif, Lyla se décrit comme une personne incapable de garder sa souffrance pour elle : elle ressent le besoin de " vider son cœur " régulièrement, et ne supporte pas la solitude. Elle a besoin d'être constamment entourée, ce qui explique, selon elle, sa tendance à entretenir de nombreux liens sociaux et affectifs (beaucoup d'ahbab): " Je n'arrive pas à garder ma souffrance en moi, il faut que je parle, que je vide mon cœur... oh rester seule, c'est impossible pour moi. J'ai besoin d'être entourée . C'est pour cela que je m'entoure de

¹ " segmi jewjegh yar zwaj teneqlab lhayatiw...uyikathara me3na itnirvi, it3eyit itbehdiliyi, même des fois yetghama achhal uyhedrara yidi f sebba tamezyant".

² "ma da yela Ila bien, aqlin uma d nek i bien, ma da yela ça va pas uma d nek tagadegh".

³ " iyiqelgen daghen d mmi nni amechtuh ites daghen am bavas , uykhedmara, yal ass netta d le3yat lwahi d vavas...Tmennigh azuh lehna d rehma g khamiw dayen uzmirghara.."

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

beaucoup de gens... je fais confiance trop vite, et c'est mon plus grand défaut, car au final, ils me déçoivent "⁴.

Ses trois tentatives de suicide ont toutes été liées à la dynamique conjugale. La première a eu lieu il y a trois ans, la deuxième quelques mois plus tard par ingestion de médicaments, et la troisième -motif de son hospitalisation actuelle- s'est déroulée par une combinaison de prise de médicaments et d'axydant pour cheveux.

Face à la question du regret de ses actes, Lyla exprime une forme d'ambivalence : elle affirme qu'elle regrette ses gestes, mais ajoute que si son mari ne change pas, elle craint de rechuter. Elle confie que sa vie est complètement liée à celle de son époux, et va jusqu'à nous demander d'intervenir ou de parler avec lui, dans l'espoir d'un changement de comportement de sa part, condition selon elle pour espérer une stabilité émotionnelle.

Interprétation et analyse des résultats de l'échelle (ECR-R) :

Voici les résultats obtenus par Lyla :

Evitement	Anxiété
2.5	5.5

D'après le résultat de l'échelle, on remarque qu'elle obtient le score le plus élevé dans la sous-échelle « Anxiété » ; elle présente également une dépendance affective et une peur d'abandon, cela renvoie à sa réponse par le chiffre (7), (6) et (5) aux items suivants : 1, 3, 7, 9,13,14,16, 24,26 ; et (1) pour les items : 15, et 17. Donc d'après ces résultats et le

⁴ "...uzmirghara il faut adfeghegh uliw zmirghara atajagh ghuri...ladgha tighimit wehdi uthibighara, il faut toujours wahi d meden, dayen iyitajan s3igh bezaf lehbab...khedmegh daghen la confiance rapide, anechta dirith mi uksanghara rapide tamnegrh rapide twaklahegh.."

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

positionnement du diagramme nous concluons que le type d'attachement de Lyla est : insecure-ambivalent.

Synthèse de cas de Lyla :

Lyla manifeste un style d'attachement ambivalent, caractérisé par un besoin intense de proximité, une dépendance affective marquée et une hypervigilance constante envers son partenaire. Sa vie émotionnelle semble entièrement centrée sur l'état d'humeur de son mari, dont le comportement imprévisible influence fortement son bien-être psychique. Ceci est confirmé par ses résultats, avec un score faible dans la dimension d'évitement (**2.5/7**) et un score élevé dans la dimension d'anxiété (**5.5/7**).

1.6 Cas de Nassim :

Âgé de 20 ans, Nassim qui paraît très sage, attentif et très calme, est un jeune homme qui en écoutant son histoire, on s'est cru parler avec un homme plus âgé. C'est le deuxième de sa fratrie étudiant à l'Université de Béjaïa, et souffre d'une schizophrénie.

Présentation et analyse de l'entretien :

L'entretien avec Nassim s'est bien déroulé au bureau de psychologue, et semble qu'il est motivé pour répondre à nos questions, sans avoir de difficultés, ou présenter de résistances manifestes.

Son parcours psychopathologique révèle une évolution progressive et complexe. Après l'obtention de son baccalauréat, il traverse une première phase dépressive, marquée par une profonde fatigue, une tristesse persistante, un isolement social, et une manque d'estime de soi. Il exprime une insatisfaction envers sa personnalité qu'il jugeait trop réservée et introvertie. Abandonnant alors son traitement psychiatrique initial, il entame une consommation de substances pendant environ huit mois, ce qui marque une rupture dans sa prise en charge et son rapport à sa souffrance.

Durant cette période, une phase borderline émerge; après il crée un personnage imaginaire "Dave", avec des traits de personnalité opposé de ce qu'il pense être : audacieux, provocateur et sociable. Ce personnage imaginaire devient peu à peu envahissant, au point de se transformer en hallucination persécutrice. "Dave" commence à le menacer, ainsi que sur ses

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

petites sœurs, entraînant Nassim vers une tentative de suicide. Nassim dit : « Peu à peu il a commencé à me menacer il me dit je vais te tuer et tuer tes petites sœurs...»¹

Ce glissement progressif vers la psychose semble traduire une désorganisation psychique profonde et une rupture identitaire, en lien probable avec un attachement insécurisé. L'absence de figures d'attachement stables durant son développement pourrait avoir contribué à cette souffrance et à une perte de repères avec la réalité.

Lorsqu'il évoque son enfance, Nassim la qualifie de “normale”, même s'il mentionne avoir été frappé une pratique banalisée selon lui. Il précise toutefois qu'il ne parlait pas beaucoup, et qu'il a toujours été d'un tempérament calme et réservé. Ses relations avec ses parents n'ont évolué vers une certaine proximité qu'à la fin de son adolescence. En ce qui concerne son frère, Nassim explique n'avoir jamais eu de lien profond avec lui, à cause du style relationnel de ce dernier, basé sur des plaisanteries physiques qu'il n'appréhendait pas. Aujourd'hui, il déclare également avoir une bonne relation avec ce dernier: « maintenant oui j'ai une bonne relation avec mes parents je me suis rapproché d'eux mais avant non on parlait pas vraiment J'étais calme...oui elle m'a beaucoup frappé mais sa fait partie de l'éducation; avec mes sœurs oui mais mon frère non on était distants je n'aimais pas la façon dont il plaisante mais maintenant on s'est également rapproché.»²

Nassim verbalise une gêne importante liée à sa nature introvertie et réservée, qu'il perçoit comme un frein dans ses relations sociales. Ce rejet de soi est un élément central dans sa dynamique psychique : il aurait aimé être différent, plus extraverti, plus ouvert. Il déclare : « je déteste ma nature calme et introverti je n'arrive pas ni à socialiser ni à se faire des amis...je me sens inférieure aux autres»³. Cette insatisfaction de soi, combinée au besoin de créer une figure imaginaire alternative, révèle un conflit identitaire douloureux.

Malgré tout, Nassim montre une certaine capacité de réflexion et d'introspection. Il exprime un intérêt marqué pour les langues et la psychologie, domaines dans lesquels il

¹ “azuh azuh idewred felli ... itmenciyi iqareyid akenghegh wadeghegh isetmak timechta”

² “Yemma d Vava bien alekher agi mais zik uhedreghara bezaf yidsen Ligh calme tranquille...oui achhal iythitha imma me3na detervega..isetmak très bien gma kan almi d lécher Ayi daghen , Nella ntemsefhamara, ugesinara adiqesser ile3eb s deq neki uthibighara ”.

³ “kerhegh l3eqliyaw calme utekchmgħara gar meden...us3ighara imdukal...thusugh meden niten akhiriw”.

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

exprime certains passions pour. Il dit qu'il aimerait un jour aider les autres à mieux se comprendre, comme il aurait aimé qu'on l'aide à se comprendre plus tôt.

Interprétation et analyse des résultats de l'échelle (ECR-R) :

Voici les résultats obtenus par Nassim :

Evitement	Anxiété
2.7	5.7

D'après le résultat de l'échelle, on remarque que Nassim obtient le score le plus élevé dans la sous-échelle « Anxiété » ; il présente également une peur d'abandon, une recherche excessive de proximité, cela renvoie à la présence du chiffre (7) et (6) pour les items : 1, 3, 9, 22, 24 ; et (2) pour les items : 15 et 17. donc nous concluons que le type d'attachement de Nassim est : insecure- ambivalent.

Synthèse de cas de Nassim :

Bien que l'histoire clinique de notre sujet nous a laisser supposer un attachement désorganisé, mais les résultats de l'échelle révèlent chez lui un attachement anxieux (ambivalent): (2.7/7) en évitement et (5.7/7) en anxiété , marqué par: un faible estime de soi, une peur d'abandon...

1.7 Cas de Saleh :

Saleh 45 ans, aîné d'une fratrie, est diplômé en droit et titulaire d'un master en gestion des ressources humaines, mais demeure sans emploi. Souffrant d'une dépression ponctué par une tentative de suicide.

Présentation et analyse de l'entretien :

Le sujet présente une souffrance identitaire profonde, enracinée dans une histoire personnelle marquée par l'absence du père, atteint de schizophrénie. Cette figure paternelle

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

absente, centrale dans la construction de la masculinité, a laissé place à des doutes précoce sur son identité de genre, aggravés par un vécu relationnel rejeté par son environnement social et familial. Il dit: « Mon père...(reste silencieux pendant un moment), je ne sais pas comment vous expliquer, il parle et discute avec nous mais j'avais besoin d'un parent pour me faire apprendre comment se comporter et agir autant qu'un homme , mais il pouvait pas le faire c'est un schizophrène...il ne va pas me comprendre.¹ » Il ajoute également que c'est sa maman qui était une figure paternelle et maternelle à la fois². Donc selon ses paroles notre sujet avait une bonne relation avec sa maman.

Dans sa jeunesse, Saleh était très sociable, affectueux, généreux, traduisant besoin d'approbation et d'amour. Cependant, les déceptions relationnelles répétées ont provoqué un retrait progressif : il cesse de faire confiance, refoule ses émotions, et entre dans une logique de refoulement et d'isolement. Cette évolution montre une tentative de défense face à une blessure affective non résolue.

La blessure affective de notre sujet remonte à son âge de jeunesse où une relation homosexuelle entretenue avec un ami durant cinq années qui a commencé sous les doutes de Saleh sur sa masculinité; cette relation a été découverte puis condamnée par sa société, renforçant chez lui des sentiments de honte, de culpabilité et de non-appartenance. Ce rejet social a contribué à désorganiser son attachement , lequel se manifeste aujourd'hui par de la confusion émotionnelle , une peur intense du solitaire et de la proximité.

Saleh verbalise une intolérance forte à la solitude, décrite comme insupportable. Ce vécu, associé à la peur intense de l'abandon, révèle une insécurité affective majeure. Sa tentative de suicide, interrompue par son frère, est une expression de désespoir lié à l'effondrement de son monde relationnel.

Malgré sa souffrance, Saleh montre une certaine capacité de recul. Son conseil adressé aux parents: .« Traduction : je dis aux parents ne laissez pas vos enfants fréquenter des

¹ “ baba...(il reste silencieux pendant un moment) u3limghara Amel amdesfehmegh, itqessir yidnegr iheder me3na g lweqth ituhwajegh hed aydiweri sah d leghlat , Amek adkhedmegh wadkhemmegh amurgaz uwfighara c'est un malade mental iheder wehdes...uyifehmara ”legħlat , Amek adkhedmegh wadkhemmegh amurgaz uwfighara c'est un malade mental iheder wehdes...uyifehmara ”

² “ d yemma igellan d baba et d yemma fyien nubrid ”

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

personnes plus âgées »³. témoigne d'un besoin de protection reporté sur les autres, et peut être vu comme une projection réparatrice de son propre vécue.

Interprétation et analyse des résultats de l'échelle (ECR-R) :

Voici les résultats obtenus par Saleh :

Evitement	Anxiété
6	6.5

Les résultats indiquent un score élevé en anxiété et en évitement. Ce profil reflète un attachement désorganisé, marqué par un conflit intérieur marqué: il manifeste à la fois une anxiété d'attachement ce qui signifie la présence du chiffre (7) et (6) pour ces items: 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 20...et le chiffre (1) pour les suivants: 15, 17; et des l'évitement de l'intimité et de confiance aux autres tel que révélé par ses réponses par les chiffres (1) aux items: 6, 10, 12, 27...

Synthèse de cas de Saleh:

Les éléments rapportés par Saleh indiquent un style d'attachement désorganisé, caractérisé par une forte ambivalence : un besoin de proximité affective intense, mêlé à une peur du rejet et de la trahison. Les résultats obtenus de l'échelle ECR-R : (**6 /7**) dans la dimension d'évitement , et (**6.5/ 7**) dans la dimension d'anxiété nous confirme ça également.

2. La discussion des hypothèses :

Donc, Les profils cliniques étudiés montrent majoritairement un attachement insécurisé-désorganisé, ce qui soutient notre hypothèse générale; on pourra dire que sur **07 cas** 03 présentent un

³ “ asinigh iymawlan utajamara deryanwen ad3achren kan, t3asamthen surtout utajamara ad3achren imeqranen fllasen...tizyansen kan!”

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

attachement désorganisé. Cette prédominance suggère que les troubles mentaux qu'ils soient d'origine dépressive, psychotique (schizophrénie) s'accompagnent souvent de styles d'attachement perturbés.

Hypothèse 1 : Le type d'attachement chez les personnes ayant un trouble mental est insecure

Attachement désorganisé (Saïd, Karima, Saleh) : Ces cas mettent en évidence des parcours familiaux marqués par “des figures parentales instables, absentes ou confus (source de sécurité et de menace à la fois) . Ces expériences précoces renforcent la confusion dans les représentations internes de l'attachement, ce qui concorde avec les caractéristiques du trouble mental (désorganisation cognitive, instabilité affective...). Nos résultats s'alignent avec les conclusions de plusieurs travaux antérieurs; dans deux de ces études publiées en 2011 et 2014, les auteurs retrouvent des taux plus élevés d'attachement désorganisé chez les personnes souffrant d'une psychose et d'autres troubles mentaux, en comparaison avec le taux de ce type d'attachement dans la population générale. (**Pascual gil, 2019**)

Attachement évitant (Yacine) et ambivalent (Lyla, Nassim) : Ces styles correspondent à des stratégies d'adaptation avec un manque de sécurité affective. Yacine évite les liens profonds suite à une trahison, Lyla et Nassim se balancent entre dépendance et peur de l'abandon. Tous ces éléments traduisent une insécurité affective, ce qui rejoint les descriptions classiques de l'attachement insécure. Ces données sont en cohérence avec plusieurs recherches antérieures en effet, Chahraoui et Vinay réalisent une étude publiée en 2012 avec 43 femmes dont 23 patientes déprimées et 20 patientes atteintes d'un mélanome. L'objectif de cette étude était de savoir si les personnes déprimées ont des profils narratifs particuliers pouvant traduire des difficultés dans le domaine de l'attachement. Les deux groupes ont participé à un entretien semi-structuré. Les deux groupes sont ensuite comparés entre eux puis avec un groupe témoin. Les auteurs trouvent que les femmes déprimées ont un profil compatible avec les caractéristiques de l'attachement anxieux. Dans une étude plus récente, réalisée en Chine et publiée en 2012, 662 étudiants d'une université ont rempli des auto-questionnaires sur le type d'attachement ; la symptomatologie anxieuse et dépressive et les facteurs de stress au quotidien. Les auteurs ont trouvé que l'attachement anxieux, en présence de facteurs de stress, était lié à l'augmentation de l'intensité de la dépression. Ils observent, également, que l'attachement évitant et l'attachement insécure en général (évitant et anxieux) ont un effet

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

direct sur le déploiement de la symptomatologie dépressive et anxieuse respectivement en l'absence de facteurs de stress. D'autres études retrouvent que les styles d'attachement anxieux et évitant sont plus fréquents dans les populations atteintes de psychoses en comparaison des populations non atteintes. (**Pascual gil, 2019**)

Seul Bachir présente un attachement sécurisé , malgré une schizophrénie. Ce cas constitue une exception significative , en suggérant que les facteurs biologiques (génétiques) peuvent être dominants dans certaines pathologies, sans pour autant induire automatiquement un style d'attachement insecu. En s'appuyant sur les travaux de Harder et Bull , il apparaît que l'attachement sécurisé est présent chez 27 % à 32 % des patients psychotiques, contre 58 % dans la population générale, Même si l'attachement sécurisé est moins fréquent dans les psychoses, il existe tout de même chez environ un tiers des patients (**Harder & Bull, 2014**). On a aussi Les résultats de Ponizovsky, qui démontre que les patients schizophrènes ne diffèrent pas significativement des témoins sur le style sécurisé, mais présentent des scores plus élevés sur les styles évitant et anxieux. Ces styles sont associés à un début plus précoce de la maladie et à des hospitalisations plus longues. Le style évitant est lié aux symptômes positifs et négatifs. (**Ponizovsky et al, 2007**)

L'hypothèse qu'on a supposé qui est : « le lien d'attachement chez les personnes ayant une maladie mentale est insécu- désorganisé» a été confirmée partiellement.

Hypothèse 2 : Le type d'attachement chez les personnes souffrant de dépression est insecu

Les cas de Karima, Yacine, Lyla et Saleh tous souffrant de dépression révèlent effectivement un attachement insecu: Karima et Saleh présentent un attachement désorganisé, marqué par des abus, pertes et instabilité familiale, et une situation financière difficile ou un trouble identitaire, un sentiment persistant de honte, de culpabilité et de non appartenance à la société éléments fortement associés à des vulnérabilités dépressives. Yacine montre un attachement évitant, développé suite à une rupture de confiance, entraînant isolement et méfiance, typiques de certains profils dépressifs. Seule Lyla, illustre un attachement ambivalent, caractérisé par une dépendance excessive à l'autre, peur de la perte, hypersensibilité relationnelle , qui s'aggravent en cas de conflit.

Cela invalide l'hypothèse 2: la dépression est majoritairement associée à des diffirents styles d'attachement non sécurisé pas seulement ambivalent

Chapitre IV: Analyse, interprétation des résultats et discussion des hypothéses

Hypothèse 3 : Le type d'attachement chez les sujets présentant une schizophrénie est insecure désorganisé.

Parmi les trois cas de schizophrénie, un seul cas présent un attachement désorganisé.

Notre premier cas Saïd, qui a marqué un début précoce de la maladie à l'age de 13 ans, a connu une séparation majeure dès l'age de 3 ans et issu d'un contexte familial conflictuel où le père est une figure à la fois protectrice et menaçante, présente un attachement désorganisé. Nassim dont la maladie débute vers 18 ans; et Malgré son enfance qu'il qualifie de « normale », ses difficultés relationnelles, sa peur de l'abandon, sa faible estime de soi et sa valorisation excessive de l'autre traduisent un style d'attachement ambivalent. En revanche le cas de Bachir Fait exception avec un attachement sécurisé, malgré sa pathologie, dont le début est tardif (à 28 ans). Ce cas illustre une étiologie davantage biologique, comme l'indiquent les antécédents familiaux (frère, cousin). Et la possibilité de préservation de style d'attachement malgré la présence d'un trouble mental, grâce à sa relation stable et sécurisante avec sa mère maintenue jusqu'à son décès(lorsqu'il avait 26 ans).

Donc, notre troisième hypothèse a été également infirmé.

Synthèse :

Les résultats de notre étude descriptive montrent que l'attachement insécure semble présent chez les sujets présentant de troubles mentaux , en particulier la dépression et dans une moindre mesure la schizophrénie. Notre hypothèse générale a été partiellement confirmé ; en revanche nos hypothèse partielles ont été infirmé.

Conclusion

Dans le cadre de cette recherche, nous avons essayé d'aborder la question du lien d'attachement chez les sujets présentant une maladie mental ainsi que les styles d'attachement chez les individus souffrant de deux troubles psychiatriques spécifiques : schizophrénie et dépression. L'objectif de cette étude intitulée « le lien d'attachement chez les personnes ayant un trouble mentale » était de mettre l'accent sur les manifestations d'attachement en présence d'un trouble mental, pour mieux comprendre leurs comportements relationnels et interpersonnels , les défis rencontrés par cette population dans l'aspects de vie sociale, ainsi qu'à souligner l'importance de l'intégration de cet élément dans la prise en charge thérapeutique de ce type de souffrance psychologique.

Durant l'enquête qu'on a réalisée sur le terrain avec (07) cas on a rendu compte à quel point, la maladie mentale , affecte les personnes au plus profond d'elle-même: ses émotions, son comportement, sa capacité à faire face aux événements de vie difficiles, ainsi qu'en différents aspects de sa vie: social, personnel, professionnel. On a arrivé également à répondre à notre question de recherche à l'aide de deux outils d'investigation très pertinents: l'entretien semi directif, et l'échelle de l'attachement ECR- R. Après avoir analysé le contenu de l'entretien et les résultats de l'échelle ECR-R, de nos cas étudiés, on est arrivée à vérifiée nos hypothèses formulées au début de cette étude :

Pour la première hypothèse qui est: La qualité d'attachement chez les sujets souffrant d'un trouble mental est insécure- désorganisé , a été confirmé partiellement. 3 sujets sur 7 présentent un style d'attachement désorganisé.

Pour la seconde hypothèse qui est: le lien d'attachement chez les personnes souffrant d'une dépression est insécure- ambivalent, a été infirmé. Parmi les sujets dépressifs étudiés un seul cas présent un attachement ambivalent.

Enfin, notre dernière hypothèse qui est: le lien d'attachement chez les personnes présentant de schizophrénie est insécure-désorganisé, a été également infirmée. 1 seul sujet schizophrène sur 3 manifestent un attachement désorganisé.

Cependant, un cas présente un attachement sûre. ce cas semble indiquer une étiologie biologique, avec un lien d'attachement stable préexistant et préservé malgré sa maladie.

Ainsi, à la lumière des résultats obtenus, notre travail a permis de mieux comprendre la nature du lien d'attachement chez les personnes souffrant de troubles mentaux, en mettant en évidence la prédominance de l'attachement insécurisé.

Et nous proposons comme des perspectives de recherche en lien avec notre thème intitulé «Le lien d'attachement chez les personnes ayant un trouble mental» ce qui suit:

- Une étude comparative sur la qualité de l'attachement chez les personnes atteintes de schizophrénie selon l'âge d'apparition de la maladie (début précoce vs tardif).
- Les facteurs associés à la présence d'un attachement sécurisé chez les personnes atteintes de schizophrénie.
- Le lien d'attachement chez les personnes schizophrènes en fonction du moment de la séparation parentale.

La liste bibliographique

La liste bibliographique:

1. Agbokou, C. Allilaire, J-F. (2010). *Dépression de l'adulte*. Dans Goudemand, M (dir). *Les états dépressifs* (pp26- 34). Lavoisier
2. Allilaire, J-F. (2021). *Introduction : troubles de l'humeur*. Dans J-D, Guelfi. F, Rouillon. L, Mallet. *Manuel de psychiatrie* (4 éme ed pp 289). Elsevier Masson. .
3. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic statistical manual of mental disorders DSM 5- TR* (5 éd TR) . Elsevier Masson.
4. Artus, A. (2023). *Criminalité et troubles mentaux*. L'Harmattan, paris.
5. Bénon, H. Chahraoui, Kh. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Dunod
6. Berneau, C. (2019). *Attachement chez les exclus et troubles psychiatriques*. Thése docteur en medecine. Université de Paris.
7. Besançon, G et al. (2016). *Manuel de psychopathologie*. Dunod.
8. Bioy, A. Fouques, D. (2016). *Manuel visuel de psychologie clinique et psychopathologie* (3 éme ed). Dunod.
9. Blanchet, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Université de Genève.
10. Caroline. (2025). *La théorie de l'attachement: L'attachement est un instinct humain*. Apprendre à éduquer.
11. Caumont, D. (2016). *La construction des échantillons*. Dans D, Caumont (dir). *Les études de marché* (5 éme ed). Dunod.
12. Clement, C. Demont, E. (2021). *L'attachement*. Dans C, Clement & E, Demont. *Les 23 Grands notions se la psychologie du développement* (3 éme ed, pp 143- 148). Dunod.

- 13.** Combaluzier, S. (s.d). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*. Université de Rouen.
- 14.** Curiol, C. (2018). *Ce que m'a appris la dépression* (vidéo). You Tube. TEDx Talks. <https://youtube.com/watch?v=APTrNh4MZ7E&si=NnydaVFY4fHQOkS>.
- 15.** Daoud, H . (s.d). *La Méthode descriptive (notes de cours)*. Département de psychologie. Campus de Chetouane- université de Tlemcen, Algérie. <https://elearn.univ-tlemcen.dz/mod/resource/view.php?id=66715>
- 16.** Demont, G. Mrozik- Demont, K. Chaudet, V. Robin, R. Rose, C. Valette, C. (2023). *DEASS: Diplome d'état d'assistant de service social* (2 éme ed) . Elsevier Masson.
- 17.** Dugravier, R. Barberry- Mintz, A-S. (2015). *Origines et concepts de la théorie d'attachement*. Dans A-S, Barberry- Mintz. R, Dugravier. O, Faure- Fillastre (dir). *Théorie de l'attachement, de la dépendance à l'autonomie...* (vol 66, N°2) , pp 14 – 22. Erés.
- 18.** Even, C. (2021). *Clinique des troubles dépressifs*. Dans J-D, Guelfi. F, Rouillon. L, Mallet. *Manuel de psychiatrie* (4 éme ed pp 291). Elsevier Masson.
- 19.** Fernandez, L. (2012). *Émotion*. Dans M, Formarier et L, Jovic. *Les concepts en sciences infirmières* (2 éme ed, pp 164- 167) . Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- 20.** First, M-B. (2024). *Présentations des maladies mentales*. Le manuel MSD: version pour le grand public. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil>
- 21.** FRC, Neurodon. (s.d). *Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement*. <https://www.frcneurodon.org/>
- 22.** Fredén, L. (1982). *Aspects psychosociaux de la dépression*. Mardaga Editions
- 23.** Genest, A-A & Mathieu, C. N. (2011). *Lien entre troubles de personnalité, troubles d'attachement et comportements violents: Synthèse des écrits*. <https://doi.org/10.7202/1008595ar>
- 24.** Girardet, P. (2018). *Les styles d'attachement*. Circonscriptions Saint Claude. <https://saint-claude.circo39.ac-besancon.fr/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/Les-styles-dattachement.pdf>
- 25.** Granger, B. Naudin, J. (2019). *La schizophrénie ne se soigne pas*. Dans B, Granger . J, Naudin. La schizophrénie : Idées reçues sur une maladie de l'existance (pp 109- 115).Le Cavalier Bleu .

- 26.** Grondin, S (dir). (2012). *La psychologie au quotidien* (Tome 1). Presses de l'université Laval.
- 27.** Grondin, S (dir). (2015). *La psychologie au quotidien* (Tome 2). Presses de l'université Laval.
- 28.** Grondin, S (dir). (2017). *La psychologie au quotidien* (Tome 3). Presses de l'université Laval.
- 29.** Guedeney, N. Guedeney, A. (2011). *L'attachement approche théorique: Du bébé à la personne agée* (3 éme ed pp 13-14). Elsevier Masson.
- 30.** Guillaume, B. (2017). *Méthodologie pour psychologues* (2 éme éd). De Boek Supérieur.
- 31.** Habimana,E. Cazabon, C. (2013). *Les troubles psychologiques: comprendre et accompagner les personnes qui en sont touchées*. Les presses de l'université de Quebec.
- 32.** Harder, s. Bull, S. (2014). *Attachment in schizophrenia implications for research, prevention, and treatment*. Doi: [10.1093/schbul/sbu133](https://doi.org/10.1093/schbul/sbu133)
- 33.** Inescu, S.(2019). *15 Approches de la psychopathologie* (5 ème ed). Dunod
- 34.** INSERM. (2017). *Schizophrénie: intervenir au plus tot pour limiter la sévérité des troubles* .
<https://www.inserm.fr/dossier/schizophrénie>.
- 35.** Kannas, S. (2001). *Thérapies familiales et schizophrénie*. Dans *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux: Psychose et familles* (pp 138- 145). De Boek Supérieur.
- 36.** Kapsambelis, V. Jeanneau, A. Malgat, R. (2012). *Introduction aux troubles de l'humeur*. Dans V, Kapsambelis. *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte* (pp 533- 566). Puf
- 37.** Konne, C-S. (2012). *La dépression: physiopathologie, prise en charge, rôle du pharmacien d'offrir dans le suivi du patient dépressif*. Thèse de l'université de Lorraine. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732032v1>.
- 38.** Kuchenhoff, J. (2012). *Psychothérapie dans la dépression*. Swiss Medical Forum.

- 39.** L'histoire des troubles mentaux. (2012). *Les grnd s dossiers des sciences humains: histoire des troubles mentaux, de l'hystérie aux addictins* (N° 28).
- 40.** Laurent, E. Vandel, P. (2016). *De l'humeur normale à la dépression: en psychologie cognitive, neuroscience et psychiatrie*. De Boek Supérieur.
- 41.** Lavallé, M-L. (2023). *L'attachement adulte*. Hominum. <https://hominum.com/lattachement-adulte/>
- 42.** Lecomte, J. (2017). *La psychologie des émotions*. Dans J, Lecomte. *30 Grands notions de psychologie* (2 émé ed). Dunod.
- 43.** Llorca, P-M. Quellien, F. Charpeaud, T. (2021). *Les antipsychotiques*. Dans J-D, Guelfi. F, Rouillon. L, Mallet. *Manuel de psychiatrie* (4 éme ed pp 597). Elsevier Masson.
- 44.** Miljkovitch, R. (2001). *L'attachement adulte*. Dans R, Miljkovitch (dir). *L'attachement au cours de la vie* (pp 195- 241). Presses Universitaire de France.
- 45.** Montenon, I. (2025). *Trouble de l'attachement: définition, symptomes et solutions thérapeutiques*. Qare.
- 46.** Mottaz, A-M. Pyz, A. (2012). *Attachement*. Dans M, Formarier et L, Jovic. *Les concepts en sciences infirmières* (2 éme ed, pp 79- 81) . Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- 47.** Mwanza, F. (2024). *Cours des méthodes de recherche en psychologie*. Scribd.
- 48.** Neveux, N. (s.d). *TCC et Dépression*. E- Psychiatrie.
- 49.** OCDE. (2012). *Mal etre au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*.
- 50.** Pascual Gil, S. (2019). *Le role de l'attachement dans la prise en charge ambulatoire des patients avec troubles psychiques*. Thése de doctorat. Université de Genéve. [10.13097/archive-ouverte/unige:116274](https://archive-ouverte/unige:116274)
- 51.** Pierrehumbert, B . (2003). *Le premier lien: Théorie de l'attachement*. Odile Jacob.
- 52.** Pin, C. (2023). *Entretien semi- directif. LIEPP Fiche Méthodologique N° 3*. Laboratory For Interdisciplinary Evaluation of Public Policies. <https://sciencespo.hal.science/hal-04087897v1>

- 53.** Pirson, O. Salmon, C. (2018). *Psychose et systémique: qu'est devenu le lien originel ?*. Dans *thérapies familiales* (vol 39, pp 49- 77). Médecine& Hygiène.
- 54.** Pitchot, W. (2021). *Les antidépresseurs*. Dans J-D, Guelfi. F, Rouillon. L, Mallet. *Manuel de psychiatrie* (4 éme ed pp 575). Elsevier Masson. ISBN 978-2-294-76473-8
- 55.** Plotnick, R. (2002). *Introduction à la psychologie* (2 éme ed) . C, Dubac. M-C, Désorcy. Trad . Chaleniére Education.
- 56.** Ponizovsky, A-M. Nechamkin, Y. Rosca, P. (2007). *Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients*. *American journal of orthopsychiatry*, 77 (2), 324- 331. Dio : <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.2.324>
- 57.** Prior, V. Glaser, D. (2022). *Comprendre l'attachement et ses troubles: théorie et pratique*. (traduit par N, Guedeney et B, Pierrehumbert). De Boek Supérieur. *Understanding attachment and attachment disorders: Theory, Evidence and practice*.
- 58.** Reiben, I. (2012). *Qualité d'attachement dans la psychose et figures spirituelles*. Thèse doctorat. University of Lusane. <http://serval.unil.ch>
- 59.** Reynaud, M. (2011). *Le modèle d'attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisées souffrant du dépression*. Thèse de doctorat. Université de Bourgogne. <https://theses.hal.science/tel-00873019v1>
- 60.** Savard, N. (2010). *La théorie de l'attachement: une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance*. Republique francaise.
- 61.** Smith, J. (2023). *L'attachement en psychothérapie de l'adulte: Théorie et pratique clinique*. Dunod.
- 62.** Thiagarajan, g. (2024). *Je suis psychopathe: comprendre et gérer les troubles psychologiques*.
- 63.** Toreno, S. Soares, I. Martins, E. Sampaio, D. Carlson, E. (2007). *La théorie d'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique*. Dans S, Lebovici. C, Geselson. P-Y, Balavoine. *Devenir*. (Vol 19, N°2), pp 151- 188. Éditions Médecine & Hygiène.

Les annexes

Annexe N° 01 : Le guide d'entretien semi- directif:

❖ *Les informations personnelles :*

Nom :

Prénom :

Situation familiale :

Occupation :

Rang dans la fratrie :

Axe N° 1 : « Renseignements sur le trouble mental »:

1. Quelle est la durée de votre hospitalisation actuelle au sein de cet établissement de soins psychiatriques ?

2 .Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?

3 . Combien de temps a durée votre première hospitalisation ?

4. Qu'est-ce qui a conduit à cette première hospitalisation ?

5. Quel a été le premier symptôme ou changement que vous avez remarqué ?

6. Avez vous vécu des situations où vous avez pensez ou commet un acte suicidaire ? Si oui, vous regrettez ?

7. Avez-vous déjà arrêté un traitement ? Pourquoi ?

8. Poursuivez-vous votre traitement actuel ?

Axe N° 2: « Renseignements sur les relations précoces »:

9. Comment décrivez vous votre relation avec votre mère ?

10. Comment décrivez vous votre relation avec votre père ?

11. Comment décrivez vous votre relation avec vos frères et/ ou sœurs?
12. Comment vos parents réagissaient-ils lorsque vous aviez besoin de réconfort ou d'aide ?
13. Avez-vous ressenti, dans votre enfance, que vos besoins émotionnels étaient compris et pris en compte ?
14. Quand vous repensez à votre passé, ce sont plutôt les bons ou les mauvais souvenirs qui vous reviennent en tête ?
15. Avez-vous traversé des situations où événements difficiles durant votre enfance?
16. Quelle a été votre réaction face à cette situation, et quels sentiments cela a-t-il suscités en vous ?
17. Avez vous reçu un soutien lors de cet événement ? De la part de qui ?
18. Comment vous avez arrivé à accepter cette situation ?

Axe N° 3: «Renseignements sur les relations actuelles et gestion émotionnelle» :

Image de soi :

19. Comment vous sentez-vous par rapport à qui vous êtes aujourd'hui ?
20. Vous considérez vous comme digne de confiance ?
21. Vous sentez-vous libre d'être vous-même en présence des autres ?
22. Pensez-vous que l'amour doit être mérité ou conditionnel; que l'on doit changer pour être accepté ?

Image de l'autre :

23. Avez vous une personne dont vous pouvez compter sur ?

24. Avez vous des amis ?
25. Quelle place occupent-ils ou que représentent-ils pour vous ?
26. Les considérez-vous comme des personnes dignes de confiance ? Pourquoi ?
27. Avez vous une/ un partenaire ?
28. Que représente cette personne pour vous ?
29. Considérez-vous votre partenaire comme digne de confiance ? Pourquoi ?
30. Vous rentrez facilement en contact avec un étranger ?
31. Sentez-vous à l'aise de demander l'aide des autres ?
32. Sentez-vous à l'aise de partager vos secrets? avec qui ?

La gestion des émotions :

33. Comment vous gérez vos émotions ?
34. Qu'est ce que vous stresse le plus ? Comment vous gérez ce stress ?
35. Avez vous peur d'être seul ?
36. Vous sentez-vous plus à l'aise lorsque vous êtes seul(e) ou en présence d'autrui ?
37. Vous arrive-t-il de vous sentir seul même lorsque vous êtes entouré ?
38. Avez vous peur d'être : rejeté, ou abandonné ?

Annexe N° 2: Échelle ECR-R

CODE ETUDIANT :

SEXE DU SUJET : F - H

The Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Questionnaire

Fraley, Waller, and Brennan (2000)

Trad. Lafontaine & Lussier (2003) & Favez & Cairo (2011)

Les énoncés suivants se rapportent à la manière dont vous vous sentez à l'intérieur de vos relations amoureuses. Nous nous intéressons à la manière dont vous vivez généralement ces relations et non seulement à ce que vous vivez dans votre relation actuelle. Répondez à chaque énoncé en entourant le chiffre correspondant à votre degré d'accord. Si vous n'êtes pas en couple, référez-vous à votre dernière relation.

		fortement en désaccord		neutre/partagé		fortement en accord	
1.	J'ai peur de perdre l'amour de mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6 7
2.	Mon/ma partenaire me comprend vraiment bien et comprend ce dont j'ai besoin.	1	2	3	4	5	6 7
3.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne veuille pas rester avec moi.	1	2	3	4	5	6 7
4.	Je suis à l'aise pour montrer de l'affection à mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6 7
5.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.	1	2	3	4	5	6 7
6.	Il est facile pour moi de compter sur mes partenaires amoureux(ses).	1	2	3	4	5	6 7
7.	Je m'inquiète à l'idée que mes partenaires amoureux ne vont pas s'occuper de moi autant que je m'occupe d'eux.	1	2	3	4	5	6 7
8.	Ça ne me gène pas d'avoir besoin de mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6 7
9.	Il m'arrive souvent de souhaiter que les sentiments de mon/ma partenaire pour moi soient aussi forts que mes sentiments pour lui/elle.	1	2	3	4	5	6 7
10.	Je discute de tout avec mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6 7
11.	Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.	1	2	3	4	5	6 7
12.	Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6 7
13.	Quand mon partenaire est loin de moi, j'ai peur qu'il/elle s'intéresse à quelqu'un d'autre.	1	2	3	4	5	6 7
14.	Quand je montre mes sentiments à un partenaire, j'ai peur qu'il/elle n'éprouve pas les mêmes sentiments envers moi.	1	2	3	4	5	6 7
15.	J'ai rarement la crainte que mon partenaire me quitte.	1	2	3	4	5	6 7
16.	Mon/ma partenaire amoureux(se) me fait douter de moi.	1	2	3	4	5	6 7
17.	Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonné(e).	1	2	3	4	5	6 7
18.	Je trouve que mes partenaires ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais.	1	2	3	4	5	6 7
19.	Cela m'aide de me tourner vers mon/ma partenaire quand j'en ai besoin.	1	2	3	4	5	6 7
20.	Il arrive quelquefois que des partenaires amoureux (ses) changent leurs sentiments envers moi sans raison apparente.	1	2	3	4	5	6 7
21.	Il m'est relativement facile de me rapprocher de mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6 7
22.	Mon désir d'être très près des gens les fait fuir parfois.	1	2	3	4	5	6 7
23.	Ce n'est pas difficile pour moi de me rapprocher de mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6 7
24.	J'ai peur que lorsque un/une partenaire va me connaître mieux, il/elle n'apprécie pas qui je suis vraiment.	1	2	3	4	5	6 7

	fortement en désaccord		neutre/ partagé			fortement en accord	
	1	2	3	4	5	6	7
25. Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.							
26. Ca me rend furieux(se) de ne pas obtenir l'affection et le soutien dont j'ai besoin de mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
27. Je me permets difficilement de compter sur mes partenaires amoureux(ses).	1	2	3	4	5	6	7
28. Je deviens nerveux(se) lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi.	1	2	3	4	5	6	7
29. Je m'inquiète de ne pas être à la hauteur des autres gens.	1	2	3	4	5	6	7
30. Mon/ma partenaire semble ne me remarquer que lorsque je suis en colère.	1	2	3	4	5	6	7
31. Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
32. Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
33. Je me sens très à l'aise lorsque je suis près de mon/ma partenaire amoureux(se).	1	2	3	4	5	6	7
34. Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
35. Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires amoureux(ses).	1	2	3	4	5	6	7
36. Je deviens mal à l'aise lorsque mon/ma partenaire amoureux(se) veut être très près de moi.	1	2	3	4	5	6	7

Cotation

Evitemen		Anxiété		Moyennes des dimensions	
Q	S	Q	S	Evitemen	Anxiété
2R		1			
4R		3			
6R		5			
8R		7			
10R		9			
12R		11			
19R		13			
21R		14			
23R		15R			
25R		16			
27		17R			
28		18			
31		20			
32R		22			
33R		24			
34		26			
35		29			
36		30			
TOT		TOT			

R=renverser (1=7, 2=6, 3=5, 4=4, 5=3, 6=2, 7=1)

ECR-R dimensions

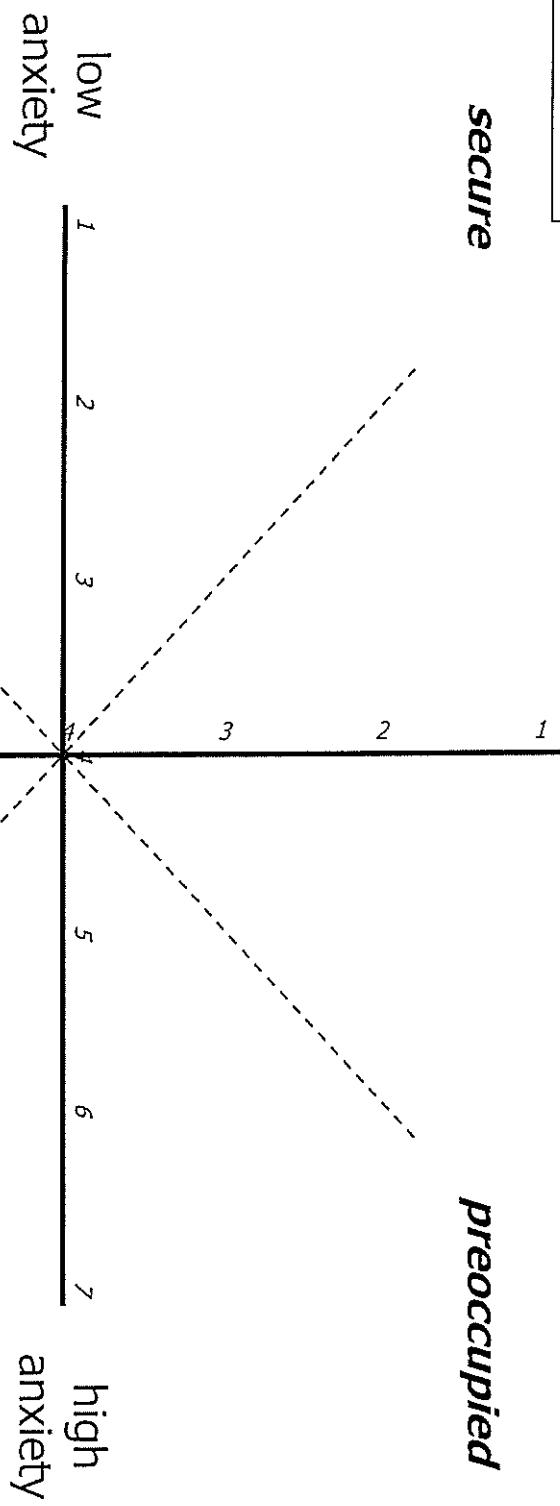
name:

date:

low avoidance

secure

preoccupied



high avoidance

*fearful-
avoidant*

dismissive

*note that this scale can be used to classify & track changes
in one's attachment style in close relationships generally,
or in types of relationship, or in specific relationships*

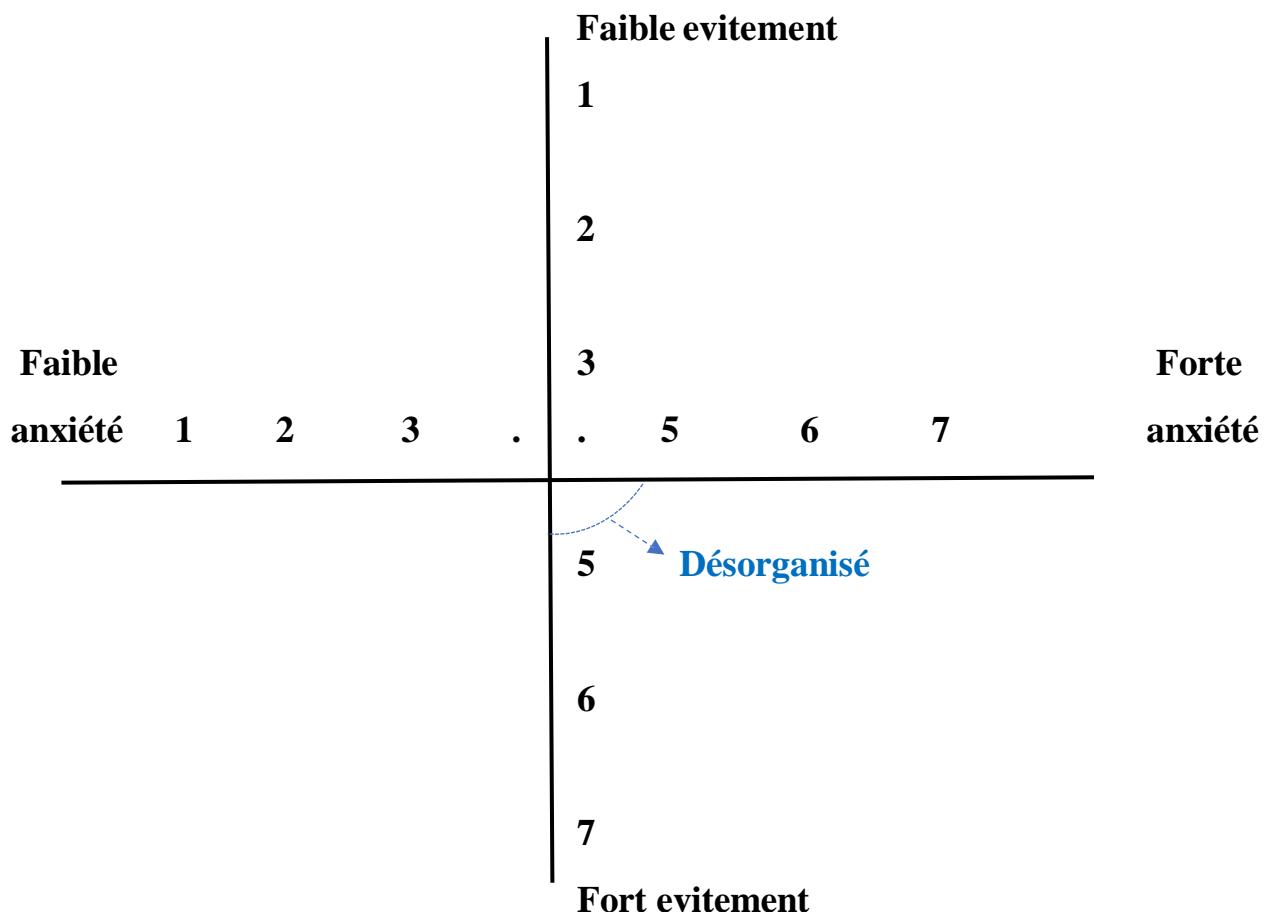
Annexe N°03: Les réponses du premier cas Said aux items de l'échelle ECR-R:

N°	Items	Réponses						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	J'ai peur de perdre l'amour de mon/ma partenaire.	X						
2.	Mon/ma partenaire me comprend vraiment bien et comprend ce dont j'ai besoin					X		
3.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne veuille pas rester avec moi.			X				
4.	Je suis à l'aise pour montrer de l'affection à mon/ma partenaire.						X	
5.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.							X
6.	Il est facile pour moi de compter sur mes partenaires amoureux(ses).	X						
7.	Je m'inquiète à l'idée que mes partenaires amoureux ne vont pas s'occuper de moi autant que je m'occupe d'eux.							X
8.	Ça ne me gène pas d'avoir besoin de mon/ma partenaire	X						
9.	Il m'arrive souvent de souhaiter que les sentiments de mon/ma partenaire pour moi soient aussi forts que mes sentiments pour lui/elle.		X					
10.	Je discute de tout avec mon/ma partenaire.	X						
11.	Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.		X					
12.	Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.	X						
13.	Quand mon partenaire est loin de moi, j'ai peur qu'il/ elle s'intéresse à quelqu'un d'autre	X						

14.	Quand je montre mes sentiments à un partenaire, j'ai peur qu'il/elle n'éprouve pas les mêmes sentiments envers moi.	X					
15.	J'ai rarement la crainte que mon partenaire me quitte.	X					
16.	Mon/ma partenaire amoureux(se) me fait douter de moi.						X
17.	Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonné(e).	X					
18.	Je trouve que mes partenaires ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais	X					
19.	Cela m'aide de me tourner vers mon/ma partenaire quand j'en ai besoin	X					
20.	Il arrive quelquefois que des partenaires amoureux(ses) changent leurs sentiments envers moi sans raison apparent.						X
21.	Il m'est relativement facile de me rapprocher de mon/ma partenaire.						X
22.	Mon désir d'être très près des gens les fait fuir parfois.						X
23.	Ce n'est pas difficile pour moi de me rapprocher de mon/ma partenaire.					X	
24.	J'ai peur que lorsque un/une partenaire va me connaître mieux, il/elle n'apprécie pas qui je suis vraiment.				X		
25.	Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.	X					
26.	Ca me rend furieux(se) de ne pas obtenir l'affection et le soutien dont j'ai besoin de mon/ma partenaire					X	
27.	Je me permets difficilement de compter sur mes partenaires amoureux(ses).						X
28.	Je deviens nerveux(se) lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi.					X	
29.	Je m'inquiète de ne pas être à la hauteur des autres.				X		

30.	Mon/ma partenaire semble ne me remarquer que lorsque je suis en colère	X						
31.	Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à mon/ma partenaire		X					
32.	Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon/ma partenaire	X						
33.	Je me sens très à l'aise lorsque je suis près de mon/ma partenaire amoureux(se).						X	
34.	Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire							X
35.	Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires amoureux(ses)		X					
36.	Je deviens mal à l'aise lorsque mon/ma partenaire amoureux(se) veut être très près de moi.		X					

Diagramme de positionnement ci-dessous:



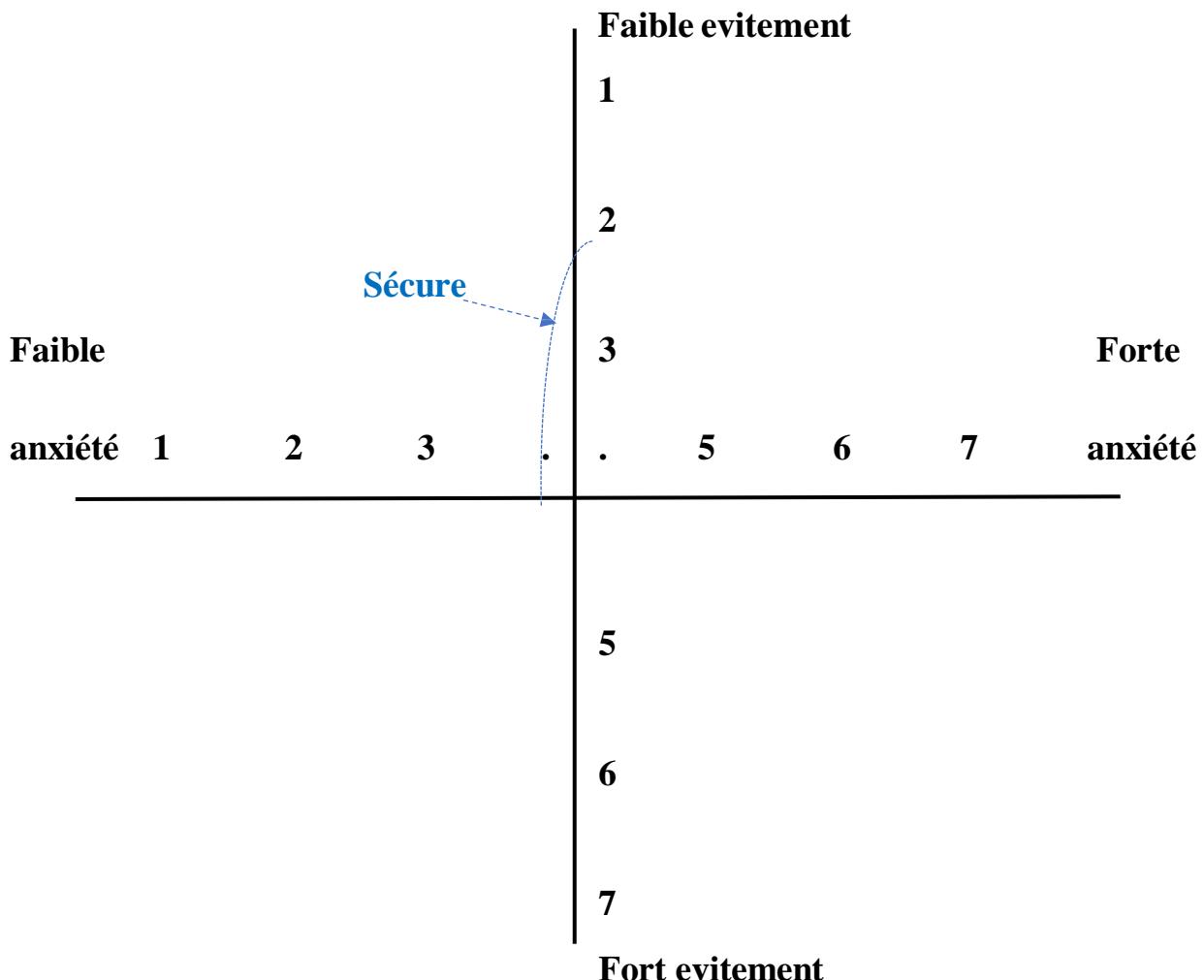
Annexe N°04: Les réponses du deuxième cas Bachir aux items de l'échelle ECR-R:

N°	Items	Réponses						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	J'ai peur de perdre l'amour de mon/ma partenaire.	X						
2.	Mon/ma partenaire me comprend vraiment bien et comprend ce dont j'ai besoin							X
3.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne veuille pas rester avec moi.	X						
4.	Je suis à l'aise pour montrer de l'affection à mon/ma partenaire.							X
5.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.			X				
6.	Il est facile pour moi de compter sur mes partenaires amoureux(ses).							X
7.	Je m'inquiète à l'idée que mes partenaires amoureux ne vont pas s'occuper de moi autant que je m'occupe d'eux.	X						
8.	Ça ne me gène pas d'avoir besoin de mon/ma partenaire							X
9.	Il m'arrive souvent de souhaiter que les sentiments de mon/ma partenaire pour moi soient aussi forts que mes sentiments pour lui/elle.	X						
10.	Je discute de tout avec mon/ma partenaire.							X
11.	Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.							X
12.	Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.					X		
13.	Quand mon partenaire est loin de moi, j'ai peur qu'il/ elle s'intéresse à quelqu'un d'autre							X
14.	Quand je montre mes sentiments à un partenaire, j'ai peur qu'il/elle n'éprouve pas les mêmes sentiments envers moi.					X		

15.	J'ai rarement la crainte que mon partenaire me quitte.	X						
16.	Mon/ma partenaire amoureux(se) me fait douter de moi.							X
17.	Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonné(e).	X						
18.	Je trouve que mes partenaires ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais			X				
19.	Cela m'aide de me tourner vers mon/ma partenaire quand j'en ai besoin							X
20.	Il arrive quelquefois que des partenaires amoureux(ses) changent leurs sentiments envers moi sans raison apparent.							X
21.	Il m'est relativement facile de me rapprocher de mon/ma partenaire.				X			
22.	Mon désir d'être très près des gens les fait fuir parfois.	X						
23.	Ce n'est pas difficile pour moi de me rapprocher de mon/ma partenaire.	X						
24.	J'ai peur que lorsque un/une partenaire va me connaître mieux, il/elle n'apprécie pas qui je suis vraiment.							X
25.	Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.							X
26.	Ca me rend furieux(se) de ne pas obtenir l'affection et le soutien dont j'ai besoin de mon/ma partenaire	X						
27.	Je me permets difficilement de compter sur mes partenaires amoureux(ses).	X						
28.	Je deviens nerveux(se) lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi.	X						
29.	Je m'inquiète de ne pas être à la hauteur des autres.	X						
30.	Mon/ma partenaire semble ne me remarquer que lorsque je suis en colère	X						

31.	Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à mon/ma partenaire	X							
32.	Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon/ma partenaire								X
33.	Je me sens très à l'aise lorsque je suis près de mon/ma partenaire amoureux(se).								X
34.	Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire								X
35.	Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires amoureux(ses)								X
36.	Je deviens mal à l'aise lorsque mon/ma partenaire amoureux(se) veut être très près de moi.		X						

Diagramme de positionnement ci-dessous:



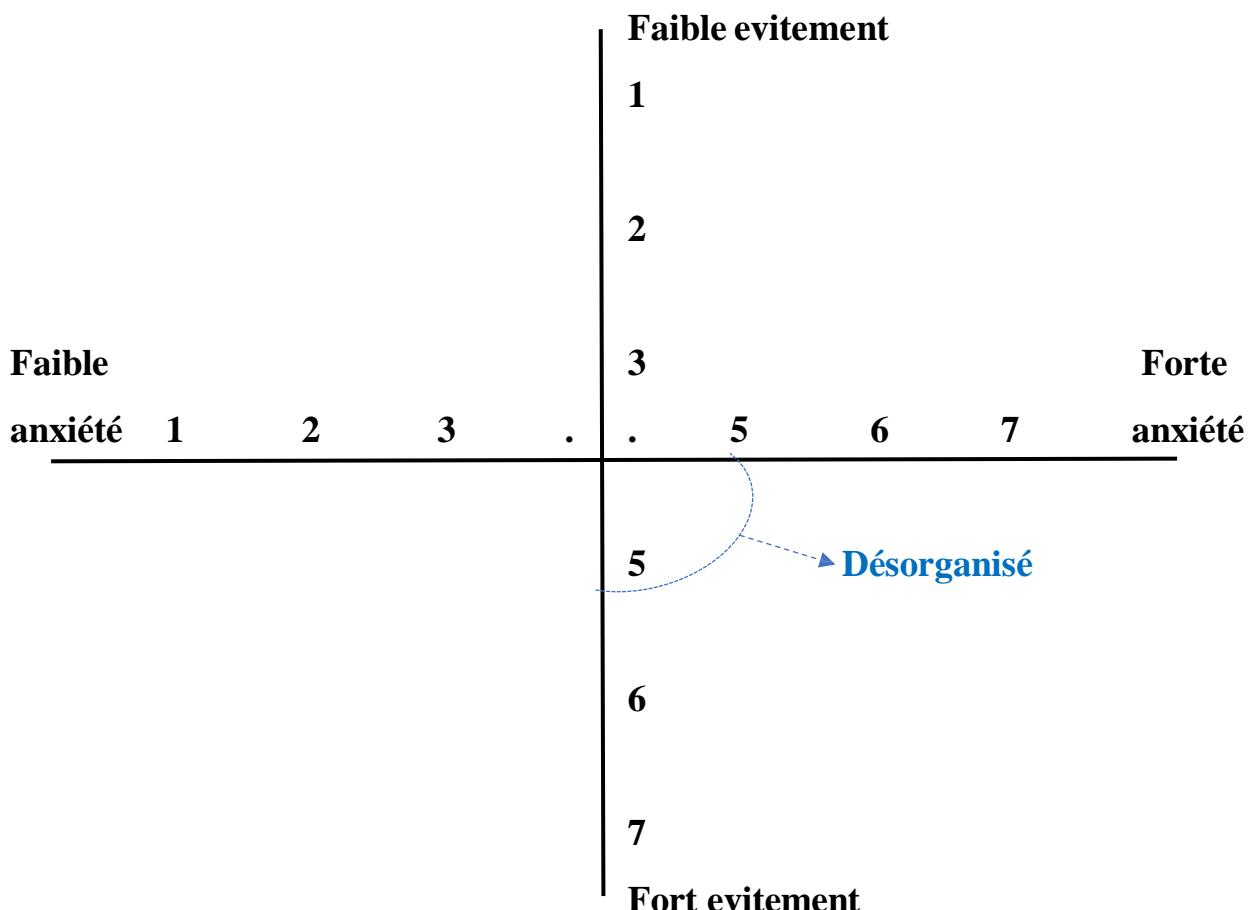
Annexe N°05: Les réponses du troisième cas Karima aux items de l'échelle ECR-R:

N°	Items	Réponses						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	J'ai peur de perdre l'amour de mon/ma partenaire.							X
2.	Mon/ma partenaire me comprend vraiment bien et comprend ce dont j'ai besoin	X						
3.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne veuille pas rester avec moi.							X
4.	Je suis à l'aise pour montrer de l'affection à mon/ma partenaire.						X	
5.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.						X	
6.	Il est facile pour moi de compter sur mes partenaires amoureux(ses).					X		
7.	Je m'inquiète à l'idée que mes partenaires amoureux ne vont pas s'occuper de moi autant que je m'occupe d'eux.						X	
8.	Ça ne me gène pas d'avoir besoin de mon/ma partenaire					X		
9.	Il m'arrive souvent de souhaiter que les sentiments de mon/ma partenaire pour moi soient aussi forts que mes sentiments pour lui/elle.	X						
10.	Je discute de tout avec mon/ma partenaire.	X						
11.	Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.							X
12.	Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.	X						
13.	Quand mon partenaire est loin de moi, j'ai peur qu'il/ elle s'intéresse à quelqu'un d'autre	X						

14.	Quand je montre mes sentiments à un partenaire, j'ai peur qu'il/elle n'éprouve pas les mêmes sentiments envers moi.							X
15.	J'ai rarement la crainte que mon partenaire me quitte.	X						
16.	Mon/ma partenaire amoureux(se) me fait douter de moi.							X
17.	Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonné(e).	X						
18.	Je trouve que mes partenaires ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais							X
19.	Cela m'aide de me tourner vers mon/ma partenaire quand j'en ai besoin	X						
20.	Il arrive quelquefois que des partenaires amoureux(ses) changent leurs sentiments envers moi sans raison apparent.							X
21.	Il m'est relativement facile de me rapprocher de mon/ma partenaire.	X						
22.	Mon désir d'être très près des gens les fait fuir parfois.							X
23.	Ce n'est pas difficile pour moi de me rapprocher de mon/ma partenaire.	X						
24.	J'ai peur que lorsque un/une partenaire va me connaître mieux, il/elle n'apprécie pas qui je suis vraiment.							X
25.	Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.	X						
26.	Ca me rend furieux(se) de ne pas obtenir l'affection et le soutien dont j'ai besoin de mon/ma partenaire	X						
27.	Je me permets difficilement de compter sur mes partenaires amoureux(ses).				X			
28.	Je deviens nerveux(se) lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi.							X
29.	Je m'inquiète de ne pas être à la hauteur des autres.	X						

30.	Mon/ma partenaire semble ne me remarquer que lorsque je suis en colère	X							
31.	Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à mon/ma partenaire								X
32.	Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon/ma partenaire	X							
33.	Je me sens très à l'aise lorsque je suis près de mon/ma partenaire amoureux(se).								X
34.	Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire								X
35.	Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires amoureux(ses)		X						
36.	Je deviens mal à l'aise lorsque mon/ma partenaire amoureux(se) veut être très près de moi.		X						

Diagramme de positionnement ci-dessous:



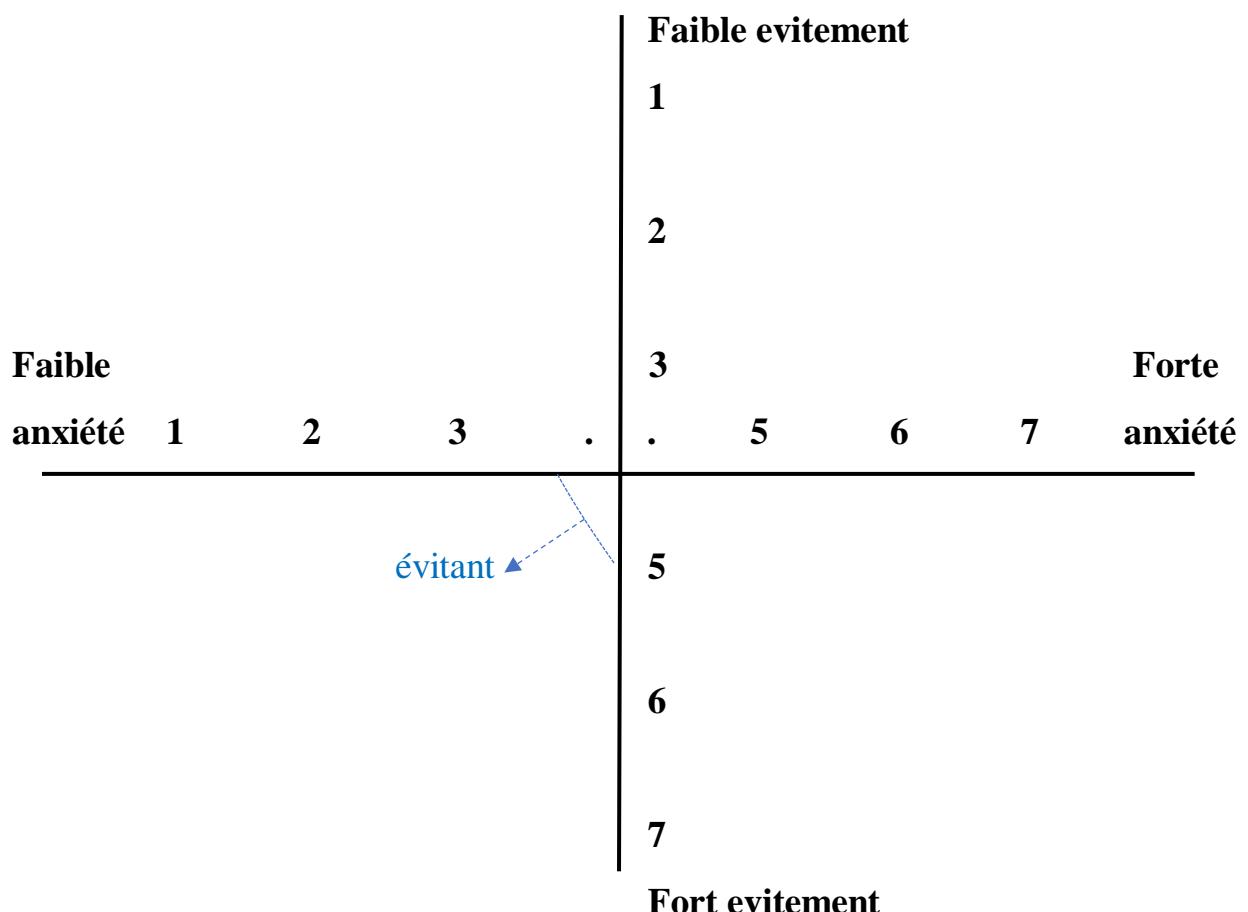
Annexe N°06: Les réponses du quatrième cas Yacine aux items de l'échelle ECR-R:

N°	Items	Réponses						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	J'ai peur de perdre l'amour de mon/ma partenaire.					X		
2.	Mon/ma partenaire me comprend vraiment bien et comprend ce dont j'ai besoin	X						
3.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne veuille pas rester avec moi.	X						
4.	Je suis à l'aise pour montrer de l'affection à mon/ma partenaire.			X				
5.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.	X						
6.	Il est facile pour moi de compter sur mes partenaires amoureux(ses).	X						
7.	Je m'inquiète à l'idée que mes partenaires amoureux ne vont pas s'occuper de moi autant que je m'occupe d'eux.				X			
8.	Ça ne me gène pas d'avoir besoin de mon/ma partenaire				X			
9.	Il m'arrive souvent de souhaiter que les sentiments de mon/ma partenaire pour moi soient aussi forts que mes sentiments pour lui/elle.					X		
10.	Je discute de tout avec mon/ma partenaire.		X					
11.	Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.		X					
12.	Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.	X						
13.	Quand mon partenaire est loin de moi, j'ai peur qu'il/ elle s'intéresse à quelqu'un d'autre				X			

14.	Quand je montre mes sentiments à un partenaire, j'ai peur qu'il/elle n'éprouve pas les mêmes sentiments envers moi.	X					
15.	J'ai rarement la crainte que mon partenaire me quitte.				X		
16.	Mon/ma partenaire amoureux(se) me fait douter de moi.					X	
17.	Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonné(e).					X	
18.	Je trouve que mes partenaires ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais				X		
19.	Cela m'aide de me tourner vers mon/ma partenaire quand j'en ai besoin				X		
20.	Il arrive quelquefois que des partenaires amoureux(ses) changent leurs sentiments envers moi sans raison apparent.					X	
21.	Il m'est relativement facile de me rapprocher de mon/ma partenaire.	X					
22.	Mon désir d'être très près des gens les fait fuir parfois.	X					
23.	Ce n'est pas difficile pour moi de me rapprocher de mon/ma partenaire.		X				
24.	J'ai peur que lorsque un/une partenaire va me connaître mieux, il/elle n'apprécie pas qui je suis vraiment.					X	
25.	Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.	X					
26.	Ca me rend furieux(se) de ne pas obtenir l'affection et le soutien dont j'ai besoin de mon/ma partenaire	X					
27.	Je me permets difficilement de compter sur mes partenaires amoureux(ses).						X
28.	Je deviens nerveux(se) lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi.		X				
29.	Je m'inquiète de ne pas être à la hauteur des autres.	X					

30.	Mon/ma partenaire semble ne me remarquer que lorsque je suis en colère					X		
31.	Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à mon/ma partenaire							X
32.	Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon/ma partenaire			X				
33.	Je me sens très à l'aise lorsque je suis près de mon/ma partenaire amoureux(se).						X	
34.	Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire			X				
35.	Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires amoureux(ses)						X	
36.	Je deviens mal à l'aise lorsque mon/ma partenaire amoureux(se) veut être très près de moi.		X					

Diagramme de positionnement ci-dessous:



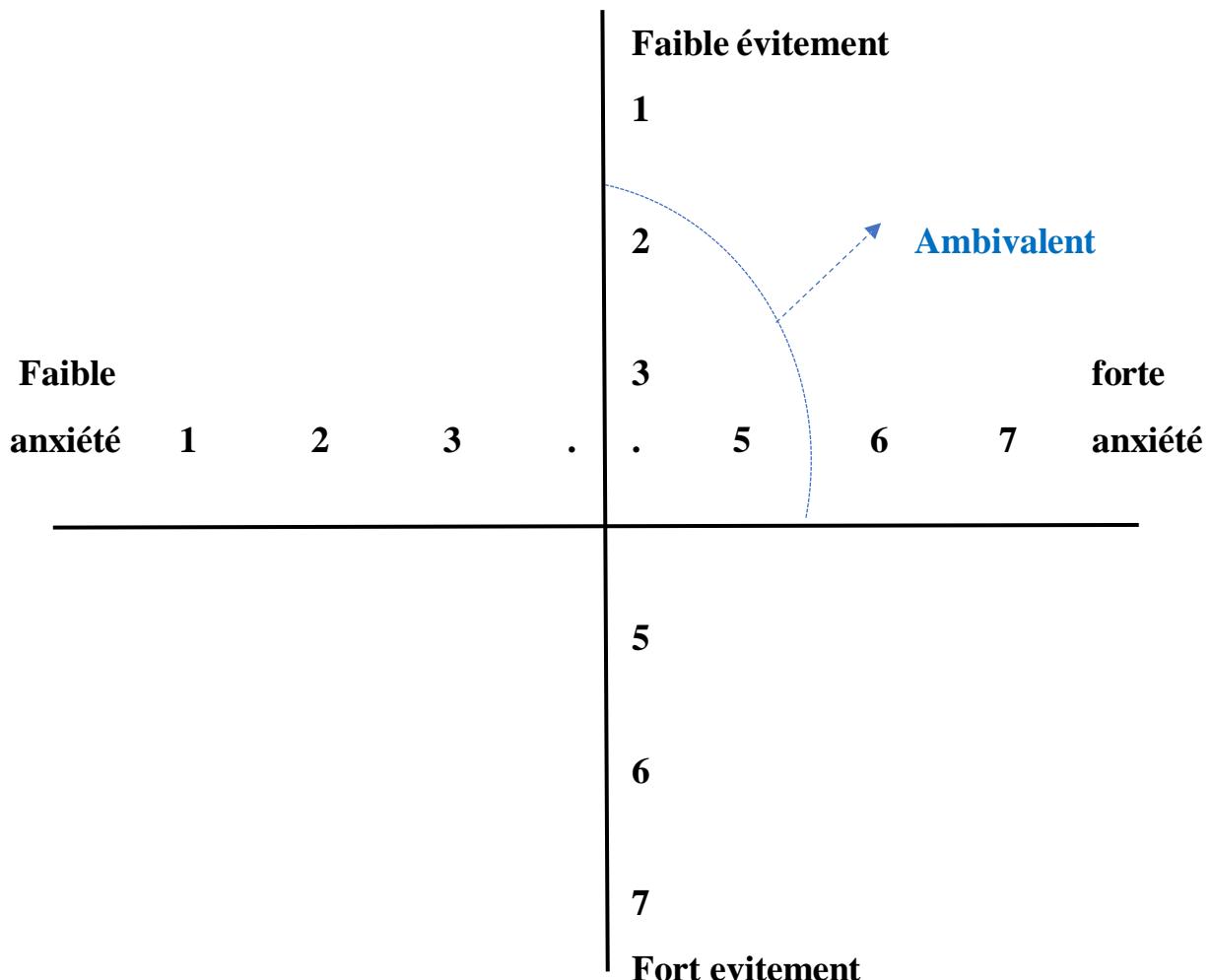
Annexe N°07: Les réponses du cinquième cas Lyla aux items de l'échelle ECR-R:

N°	Items	Réponses						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	J'ai peur de perdre l'amour de mon/ma partenaire.							X
2.	Mon/ma partenaire me comprend vraiment bien et comprend ce dont j'ai besoin				X			
3.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne veuille pas rester avec moi.							X
4.	Je suis à l'aise pour montrer de l'affection à mon/ma partenaire.				X			
5.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.						X	
6.	Il est facile pour moi de compter sur mes partenaires amoureux(ses).	X						
7.	Je m'inquiète à l'idée que mes partenaires amoureux ne vont pas s'occuper de moi autant que je m'occupe d'eux.							X
8.	Ça ne me gène pas d'avoir besoin de mon/ma partenaire					X		
9.	Il m'arrive souvent de souhaiter que les sentiments de mon/ma partenaire pour moi soient aussi forts que mes sentiments pour lui/elle.							X
10.	Je discute de tout avec mon/ma partenaire.							X
11.	Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.					X		
12.	Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.							X
13.	Quand mon partenaire est loin de moi, j'ai peur qu'il/ elle s'intéresse à quelqu'un d'autre							X
14.	Quand je montre mes sentiments à un partenaire, j'ai peur qu'il/elle n'éprouve pas les mêmes sentiments envers moi.						X	

15.	J'ai rarement la crainte que mon partenaire me quitte.	X						
16.	Mon/ma partenaire amoureux(se) me fait douter de moi.							X
17.	Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonné(e).	X						
18.	Je trouve que mes partenaires ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais							X
19.	Cela m'aide de me tourner vers mon/ma partenaire quand j'en ai besoin							X
20.	Il arrive quelquefois que des partenaires amoureux(ses) changent leurs sentiments envers moi sans raison apparent.					X		
21.	Il m'est relativement facile de me rapprocher de mon/ma partenaire.					X		
22.	Mon désir d'être très près des gens les fait fuir parfois.				X			
23.	Ce n'est pas difficile pour moi de me rapprocher de mon/ma partenaire.					X		
24.	J'ai peur que lorsque un/une partenaire va me connaître mieux, il/elle n'apprécie pas qui je suis vraiment.						X	
25.	Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.							X
26.	Ca me rend furieux(se) de ne pas obtenir l'affection et le soutien dont j'ai besoin de mon/ma partenaire					X		
27.	Je me permets difficilement de compter sur mes partenaires amoureux(ses).							X
28.	Je deviens nerveux(se) lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi.			X				
29.	Je m'inquiète de ne pas être à la hauteur des autres.							X
30.	Mon/ma partenaire semble ne me remarquer que lorsque je suis en colère				X			

31.	Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à mon/ma partenaire	X						
32.	Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon/ma partenaire					X		
33.	Je me sens très à l'aise lorsque je suis près de mon/ma partenaire amoureux(se).						X	
34.	Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire	X						
35.	Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires amoureux(ses)	X						
36.	Je deviens mal à l'aise lorsque mon/ma partenaire amoureux(se) veut être très près de moi.	X						

Diagramme de positionnement ci-dessous:



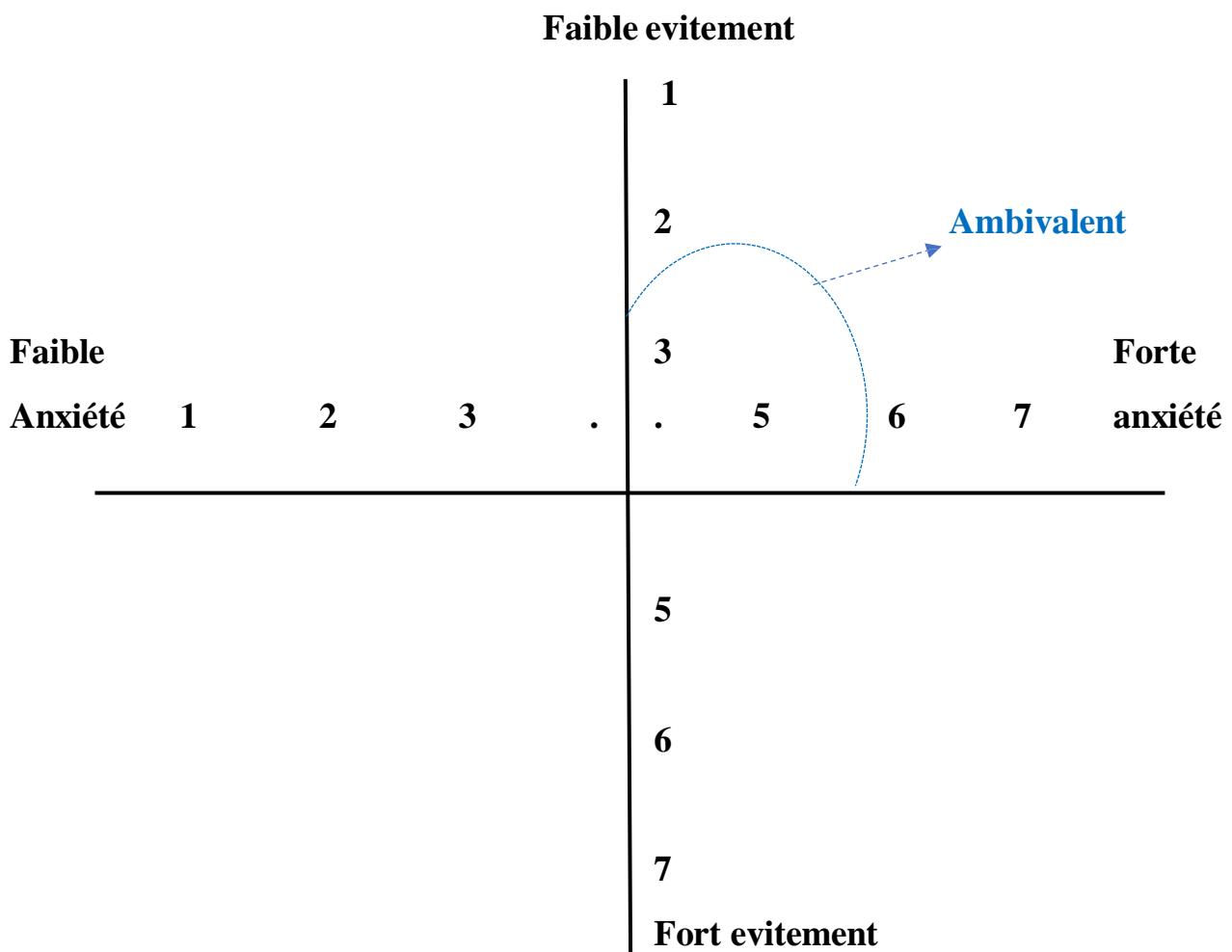
Annexe N°08: Les réponses du sixième cas Nassim aux items de l'échelle ECR-R:

N°	Items	Réponses						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	J'ai peur de perdre l'amour de mon/ma partenaire.							X
2.	Mon/ma partenaire me comprend vraiment bien et comprend ce dont j'ai besoin					X		
3.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne veuille pas rester avec moi.						X	
4.	Je suis à l'aise pour montrer de l'affection à mon/ma partenaire.							X
5.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.				X			
6.	Il est facile pour moi de compter sur mes partenaires amoureux(ses).	X						
7.	Je m'inquiète à l'idée que mes partenaires amoureux ne vont pas s'occuper de moi autant que je m'occupe d'eux.							X
8.	Ça ne me gène pas d'avoir besoin de mon/ma partenaire						X	
9.	Il m'arrive souvent de souhaiter que les sentiments de mon/ma partenaire pour moi soient aussi forts que mes sentiments pour lui/elle.							X
10.	Je discute de tout avec mon/ma partenaire.					X		
11.	Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.							X
12.	Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.				X			
13.	Quand mon partenaire est loin de moi, j'ai peur qu'il/ elle s'intéresse à quelqu'un d'autre				X			
14.	Quand je montre mes sentiments à un partenaire, j'ai peur qu'il/elle n'éprouve pas les mêmes sentiments envers moi.						X	

15.	J'ai rarement la crainte que mon partenaire me quitte.	X					
16.	Mon/ma partenaire amoureux(se) me fait douter de moi.			X			
17.	Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonné(e).	X					
18.	Je trouve que mes partenaires ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais			X			
19.	Cela m'aide de me tourner vers mon/ma partenaire quand j'en ai besoin			X			
20.	Il arrive quelquefois que des partenaires amoureux(ses) changent leurs sentiments envers moi sans raison apparent.				X		
21.	Il m'est relativement facile de me rapprocher de mon/ma partenaire.					X	
22.	Mon désir d'être très près des gens les fait fuir parfois.				X		
23.	Ce n'est pas difficile pour moi de me rapprocher de mon/ma partenaire.				X		
24.	J'ai peur que lorsque un/une partenaire va me connaître mieux, il/elle n'apprécie pas qui je suis vraiment.				X		
25.	Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.				X		
26.	Ca me rend furieux(se) de ne pas obtenir l'affection et le soutien dont j'ai besoin de mon/ma partenaire					X	
27.	Je me permets difficilement de compter sur mes partenaires amoureux(ses).					X	
28.	Je deviens nerveux(se) lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi.	X					
29.	Je m'inquiète de ne pas être à la hauteur des autres.		X				
30.	Mon/ma partenaire semble ne me remarquer que lorsque je suis en colère				X		

31.	Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à mon/ma partenaire					X		
32.	Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon/ma partenaire							X
33.	Je me sens très à l'aise lorsque je suis près de mon/ma partenaire amoureux(se).							X
34.	Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire		X					
35.	Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires amoureux(ses)			X				
36.	Je deviens mal à l'aise lorsque mon/ma partenaire amoureux(se) veut être très près de moi.		X					

Diagramme de positionnement ci-dessous:



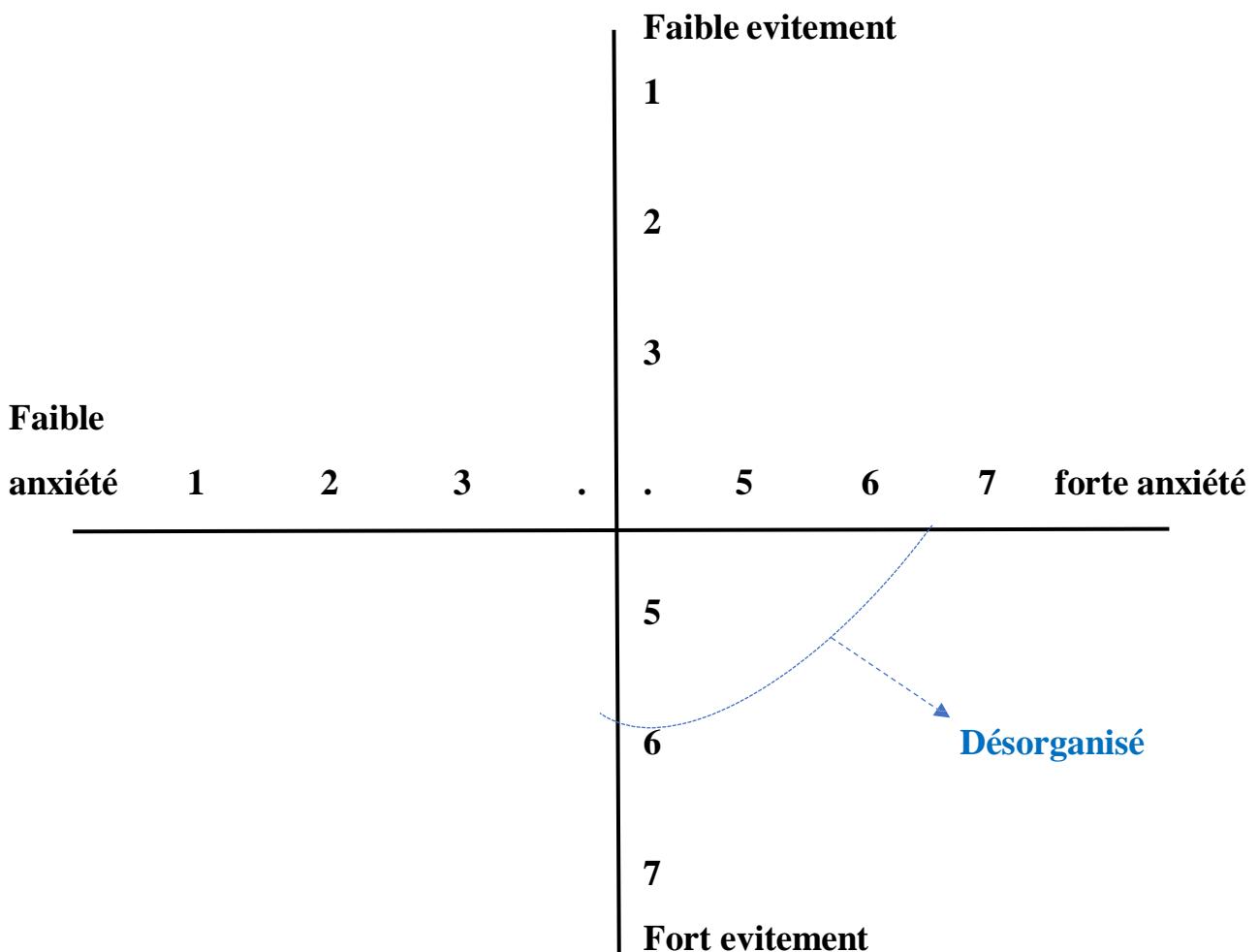
Annexe N°09: Les réponses du septième cas Saleh aux items de l'échelle ECR-R:

N°	Items	Réponses						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	J'ai peur de perdre l'amour de mon/ma partenaire.							X
2.	Mon/ma partenaire me comprend vraiment bien et comprend ce dont j'ai besoin	X						
3.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne veuille pas rester avec moi.							X
4.	Je suis à l'aise pour montrer de l'affection à mon/ma partenaire.	X						
5.	Je suis souvent inquiet(e) à l'idée que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.							X
6.	Il est facile pour moi de compter sur mes partenaires amoureux(ses).		X					
7.	Je m'inquiète à l'idée que mes partenaires amoureux ne vont pas s'occuper de moi autant que je m'occupe d'eux.							X
8.	Ça ne me gène pas d'avoir besoin de mon/ma partenaire							X
9.	Il m'arrive souvent de souhaiter que les sentiments de mon/ma partenaire pour moi soient aussi forts que mes sentiments pour lui/elle.							X
10.	Je discute de tout avec mon/ma partenaire.	X						
11.	Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.						X	
12.	Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.	X						
13.	Quand mon partenaire est loin de moi, j'ai peur qu'il/ elle s'intéresse à quelqu'un d'autre							X
14.	Quand je montre mes sentiments à un partenaire, j'ai peur qu'il/elle n'éprouve pas les mêmes sentiments envers moi.							X

15.	J'ai rarement la crainte que mon partenaire me quitte.	X						
16.	Mon/ma partenaire amoureux(se) me fait douter de moi.						X	
17.	Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonné(e).	X						
18.	Je trouve que mes partenaires ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais							X
19.	Cela m'aide de me tourner vers mon/ma partenaire quand j'en ai besoin						X	
20.	Il arrive quelquefois que des partenaires amoureux(ses) changent leurs sentiments envers moi sans raison apparent.							X
21.	Il m'est relativement facile de me rapprocher de mon/ma partenaire.	X						
22.	Mon désir d'être très près des gens les fait fuir parfois.							X
23.	Ce n'est pas difficile pour moi de me rapprocher de mon/ma partenaire.	X						
24.	J'ai peur que lorsque un/une partenaire va me connaître mieux, il/elle n'apprécie pas qui je suis vraiment.							X
25.	Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.			X				
26.	Ca me rend furieux(se) de ne pas obtenir l'affection et le soutien dont j'ai besoin de mon/ma partenaire							X
27.	Je me permets difficilement de compter sur mes partenaires amoureux(ses).					X		
28.	Je deviens nerveux(se) lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi.						X	
29.	Je m'inquiète de ne pas être à la hauteur des autres.							X
30.	Mon/ma partenaire semble ne me remarquer que lorsque je suis en colère	X						

31.	Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à mon/ma partenaire							X
32.	Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon/ma partenaire	X						
33.	Je me sens très à l'aise lorsque je suis près de mon/ma partenaire amoureux(se).	X						
34.	Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire							X
35.	Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires amoureux(ses)							X
36.	Je deviens mal à l'aise lorsque mon/ma partenaire amoureux(se) veut être très près de moi.							X

Diagramme de positionnement ci-dessous:



Résumé :

Pour se construire et se développer, un enfant a besoin d'établir des liens sécurisants avec un adulte. Ce constat évident aujourd'hui est celui de la théorie de l'attachement, qui fut dans les années soixante critiquée.

On a voulu à travers cette étude d'aller plus loin et mieux comprendre cette théorie de l'attachement, en l'appliquant et l'explorant chez le sujet adulte en particulier celui qui présente un trouble mental .

Dans ce mémoire, nous avons mené une étude descriptive visant à analyser la qualité d'attachement chez les personnes souffrant des troubles mentaux tels que la dépression et la schizophrénie. Notre objectif principal était de déterminer, quel types d'attachement présentent cette population et comment cet élément se manifeste chez l'adulte en présence d'un trouble mental. Pour ce faire, un échantillon de 07 participants adultes souffrant de troubles mentaux, admis au service psychiatrique de Oued ghir , wilaya de Béjaïa; a été interrogé à l'aide de deux outils cliniques très pertinents : l'entretien clinique semi directif et 'échelle de l'attachement ECR-R.

Les résultats obtenus montrent la présence d'un attachement insecure chez ces individus; deux hypothèses ont été confirmés et une a été confirmés partiellement. Ce qui suggère la complexité du lien entre attachement et pathologie mentale.

Ces résultats ouvrent des pistes aux autres perspectives de recherche en lien avec notre thème intitulé.

Summary :

To build and develop, a child needs to establish secure bonds with an adult. This now evident observation stems from attachment theory, which was criticized in the 1960s. Through this study, we sought to go further and better understand attachment theory by applying and exploring it in adults, particularly those with mental disorders.

In this thesis, we conducted a descriptive study aimed at analyzing the quality of attachment in individuals suffering from mental disorders such as depression and schizophrenia. Our main objective was to determine what types of attachment are present in this population and how this element manifests in adults with mental disorders. To this end, a sample of 7 adult participants suffering from mental disorders and admitted to the psychiatric

department of Oued Ghir, in the Béjaïa province, was interviewed using two highly relevant clinical tools: the semi-structured clinical interview and the ECR-R attachment scale.

The results showed the presence of insecure attachment in these individuals; two hypotheses were confirmed and one was partially confirmed. This suggests the complexity of the relationship between attachment and mental pathology.

These results open the way for further research perspectives related to our topic.

ملخص:

لكي ينمو الطفل ويتطور، يحتاج إلى بناء روابط آمنة مع شخص بالغ. هذه الملاحظة التي أصبحت اليوم بديهية، هي أساس نظرية التعلق، التي تعرضت للنقد في ستينيات القرن الماضي. ومن خلال هذه الدراسة، أردننا الذهاب أبعد وفهم نظرية التعلق بشكل أفضل، من خلال تطبيقها واستكشافها لدى البالغين، لا سيما أولئك الذين يعانون من اضطرابات نفسية.

في هذا البحث، أجرينا دراسة وصفية تهدف إلى تحليل نوعية التعلق لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب والفصام. وكان هدفنا الرئيسي هو تحديد أنواع التعلق الموجودة لدى هذه الفئة، وكيف يظهر هذا العامل لدى البالغ المصايب باضطراب نفسي. ولتحقيق ذلك، تم استجواب عينة مكونة من 7 مشاركين بالغين يعانون من اضطرابات نفسية، والذين تم إدخالهم إلى قسم الطب النفسي في واد غير، ولاية بجاية، باستخدام أداتين سريريتين مهمتين: المقابلة السريرية شبه الموجهة ومقاييس التعلق ECR-R.

أظهرت النتائج وجود تعلق غير آمن لدى هؤلاء الأفراد، حيث تم تأكيد فرضيتين وتم تأكيد واحدة جزئياً. وهذا ما يشير إلى تعقيد العلاقة بين التعلق والمرض النفسي.

ونفتح هذه النتائج آفاقاً جديدة لأبحاث مستقبلية مرتبطة بموضوعنا.