

Mémoire

Les stratégies d'attachement, leur transmission
et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales

Transmission of attachment and family functioning
in female adolescents with anorexia nervosa

S. Delannes^a, C. Doyen^{b,*}, S. Cook-Darzens^c, M.-C. Mouren^d

^a Étudiant en psychologie clinique, service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, hôpital R.-Debré, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris, France

^b Pédiopsychiatre, Praticien Hospitalier Centre Hospitalier Sainte Anne, Praticien Attaché, hôpital R.-Debré, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris, France

^c Psychologue thérapeute familiale, hôpital R.-Debré, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris, France

^d Pédiopsychiatre, PU-PH, Chef du Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, hôpital R.-Debré, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris, France

Reçu le 30 septembre 2004 ; accepté le 20 novembre 2004

Disponible sur internet le 07 décembre 2005

Résumé

Cet article présente une étude réalisée auprès de 29 sujets (dix patientes anorexiques mentales, dix mères, neuf pères), au sein de l'unité de soins ambulatoires de l'anorexie mentale de l'hôpital Robert-Debré à Paris. L'objectif était d'étudier les liens entre les stratégies d'attachement des patientes, leur transmission et la structure du fonctionnement familial. Deux autoquestionnaires ont été utilisés : le Ca-mir et le FACES III. Les patientes et leurs familles décrivent des stratégies d'attachement de type sécurisé dont la transmission tendrait à être paternelle. Un lien entre un modèle individuel sensible au développement, l'attachement, et un modèle systémique, la famille, est discuté.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Bowlby's attachment theory emphasizes the importance of early child-environment interactions in order to develop "internal working models", secure or insecure, which will influence future relationships with caregivers, peers and other members of the environment. Many factors are involved in the development of eating disorders, and for some authors anorexia nervosa may also be considered as a form of psychological regulation. It is surmised that this type of regulation facilitates coping with occurrences of separation during the "separation-individuation" stage of the adolescent period in a specific group of adolescents who are vulnerable to separation or transition events. During puberty, it has been observed that this vulnerable group displays a specific pattern of attachment or modification of prior internal models of attachment. Following Mary Ainsworth's paradigm, many studies have therefore suggested that subjects with eating disorders show "insecure" attachment, and more precisely "avoidant" attachment in anorexia nervosa. Recent studies on family functioning in anorexia nervosa have also suggested specific types of family interactions, enmeshed and rigid, and some authors such as Stevenson-Hinde hypothesized a link between family functioning and attachment strategies. We decided to study a population of young anorexic girls in terms of their quality of attachment and family interactions, and hypothesized that attachment types in subjects with anorexia nervosa would be associated with maternal type of attachment and specific family functioning. This paper describes a study conducted on a cohort of 29 subjects from the Outpatient Eating Disorder Unit of Robert Debré Hospital in Paris. Ten female adolescents with a mean age of 14 years and a DSM-IV diagnosis of restrictive anorexia nervosa, their ten mothers and nine fathers agreed to participate in the study. The main objective was to examine links between attachment strategies in outpatients with anorexia nervosa, their mode of transmission and family functioning. Two self-questionnaires were administered: Ca-mir and FACES III. Results suggested that patients and families perceived themselves as having secure attachment and that attachment transmission stemmed from the paternal rather than the maternal side. Our results do not confirm those from previous studies on attachment and anorexia nervosa. Young anorectic patients from our cohort perceived themselves as secure whereas in the literature attachment is described as insecure. Several reasons

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : doyen@ch-sainte-anne.fr (C. Doyen).

may explain this result. Our cohort of patients had a mean age of 14 years; previous studies were performed on older adolescents or young adults and it is possible that attachment strategies change over time, especially during adolescence when the subject is faced with the separation-individuation stage. At the beginning of puberty, young subjects may display a secure attachment which may be modified towards the end of puberty. Bowlby has suggested that attachment may be sensitive to psychotherapy; our subjects were involved in outpatient treatment or family therapy that may also have influenced their attachment strategies. Mothers from our group described insecure attachment but surprisingly it is the fathers' attachment type which is supposed to be transmitted to daughters. Perhaps these insecure women have chosen specific companions to protect themselves and their children? In opposition to Stevenson-Hinde's hypothesis, we did not find a correlation between attachment strategies and family functioning. Nevertheless, our results have to be interpreted with caution because of methodological biases. Our cohort is small, we have no control group and the "gold instrument" for evaluating attachment is the Adult Attachment Interview that is not validated as a French instrument. In conclusion, results from this study do not confirm the existence of relationships between insecure attachment and anorexia nervosa, or attachment type and family functioning, in young subjects. Future controlled studies are needed in order to explore attachment and psychopathology in children and adolescents, links between attachment, family functioning and internal temperamental dimensions.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Adolescence ; Anorexie Mentale ; Attachement ; Questionnaire Ca-Mir

Keywords: Adolescence; Anorexia Nervosa; Attachment; Ca-Mir Questionnaire

1. Introduction

La théorie de l'attachement de J. Bowlby [3,4] s'est élaborée dès son origine, en lien avec l'éthologie, la cybernétique et la psychologie cognitive. Ces disciplines ont permis de constater que les comportements sociaux ont une dimension instinctive et peuvent être observés expérimentalement. Comme de nombreux travaux et modèles de pensées, la théorie de l'attachement fait ressortir l'importance de l'histoire du sujet et de la qualité des premières interactions de l'enfant avec son environnement.

Dans les troubles des conduites alimentaires, bien que les facteurs intervenant dans leur genèse et leur pérennisation soient multiples (biologiques, psychologiques, culturels et sociaux), le développement de ces troubles, et notamment de l'anorexie mentale, pourrait être considéré comme une modalité de régulation de l'équilibre psychique des patients. Cette modalité de régulation permettrait de faire face aux menaces de perte que représente la problématique « séparation individuation » qui se rejoue à l'adolescence. En effet, à cette période, marquée par la quête de l'autonomie, le rapport entre la construction d'un Soi et la relation aux autres, notamment aux figures parentales, est remis en question.

Depuis le paradigme de Bowlby, Ainsworth et les travaux de Mary Main, de nombreux auteurs s'accordent sur l'existence d'un attachement de type insécurisé chez les sujets présentant des troubles psychiques, mais il existe peu de recherches en France sur les relations entre l'attachement et les troubles des conduites alimentaires. En parallèle, les conceptualisations systémiques de l'anorexie mentale ont proposé des modèles étiologiques de familles dites « psychosomatiques » ou « anorexigènes » dont les dysfonctionnements contribueraient au développement, au maintien ou à l'aggravation de l'anorexie.

Aussi, dans le cadre de cette étude, nous avons souhaité étudier les liens entre attachement et anorexie mentale en intégrant la dimension intergénérationnelle. Nous exposons différentes conceptualisations des familles décrites comme dysfonctionnelles, dans le but d'étudier aussi un lien entre l'attachement et le fonctionnement familial. Nous faisons

l'hypothèse d'une convergence entre la théorie de l'attachement et les concepts systémiques.

2. Données de la littérature

2.1. Attachement, adolescence et famille

2.1.1. Les figures d'attachement à l'adolescence

« Les figures d'attachement sont la cible des comportements d'attachement visant à obtenir la sécurité. À l'enfance, les parents sont habituellement les figures d'attachement principales, mais d'autres personnes, par exemple les grands-parents ou les frères et sœurs plus âgés, peuvent également remplir ce rôle. À mesure que l'enfant grandit, d'autres personnes telles que des professeurs ou des entraîneurs sportifs peuvent aussi devenir des figures d'attachement additionnelles. À l'adolescence et à l'âge adulte, les personnes vers qui les comportements d'attachement sont dirigés changent » [31].

L'ensemble de la recherche sur l'adolescence montre qu'il y aurait une augmentation de l'autorégulation au cours du développement, les individus devenant ainsi les producteurs de leur propre développement, ce qui modifie également les tâches et les rôles des parents. Pour l'attachement, cela signifie que l'adolescent passe d'un état, où il est « organisé de l'extérieur » (par les personnes), à un état d'autorégulation interne. Ainsi, les interactions avec les pairs prendraient de plus en plus d'importance et les modèles d'attachement acquis dans le passé seraient susceptibles d'être utilisés dans ce contexte interpersonnel.

Dans la pensée clinique, on assimile souvent l'attachement à la dépendance, suggérant qu'un manque d'autonomie face aux parents peut être associé aux troubles mentaux ou psychosomatiques à l'adolescence [20]. Cependant, la théorie de l'attachement avance qu'en période de détresse, lorsque l'adolescent ne peut de lui-même composer avec les situations, l'activation de son système d'attachement l'amène à rechercher la proximité de ses figures d'attachement, ce qui implique une réelle recherche de sécurité (souvent vers les parents). « À un extrême, on retrouve les adolescents qui se coupent de leurs parents ; à l'autre extrême sont les adolescents qui demeurent intensément

attachés et incapables ou non désireux de diriger leurs comportements d'attachement vers d'autres individus ; entre ces deux extrêmes se trouvent la grande majorité des adolescents, dont l'attachement aux parents persiste mais dont les liens avec les autres sont également de grande importance » [3,4].

Nous pouvons donc supposer que l'attachement établi durant la prime enfance ne serait pas profondément remis en cause ou modifié à l'adolescence. Il serait même une base (un prototype) sur laquelle l'adolescent entrerait en relation avec ses pairs et partenaires amoureux. Néanmoins, B. Golse [13] et d'autres auteurs soulignent que l'attachement n'est pas un processus purement endogène (histoire maternelle, médicale, tempérament de l'enfant...) : il se construit également dans le cadre des interactions et des interrelations (qualité des soins maternels...).

Dans le cas des troubles du comportement alimentaire, nous pouvons nous interroger sur l'impossibilité, pour les patientes souffrant d'anorexie mentale, d'établir des liens avec d'autres figures d'attachement que les figures parentales (pairs, partenaires amoureux...). En effet, ces adolescentes restent intensément attachées, incapables ou non désireuses de diriger leurs comportements d'attachement vers d'autres individus. De plus, il semblerait que les problèmes liés à une éducation familiale inadéquate augmenteraient les risques de voir des difficultés surgir au cours du développement. Trois facteurs familiaux auraient un rôle considérable par leur contribution à l'éclosion et au maintien de ces problèmes : la mauvaise qualité de l'attachement parental (*insécure*), la présence de conflits sévères entre adolescents et parents et l'exercice inadéquat du contrôle parental (de type intrusif) [8].

2.1.2. L'apport de la mère

Selon Engel (cité dans [19]), les femmes qui bénéficient de beaucoup d'affection et de communication dans leur relation de couple se sentent compétentes et heureuses dans leur rôle de mère. D'après l'Adult Attachment Interview (AAI) [12], les mères insécurisées mariées à des hommes « sécurisants » auraient des rapports plus chaleureux et mieux structurés avec leur enfant que celles dont le mari est également « insécurisant » [19]. Brusset [5] écrit que la mère est déterminée dans ses attitudes, souvent à son insu, par ce qu'il en a été de ses relations avec sa propre mère. L'auteur explique que dans une perspective traumatologique, on a décrit des attitudes directement pathogènes de gavage, de forçage de la bouche de l'enfant, par des mères qui ne perçoivent pas ou ne respectent pas la demande de celui-ci, soit par hantise qu'il ne meure, qu'il ne tombe malade, soit par manque d'empathie, de disponibilité et de souplesse. Or, l'absence d'empathie de la mère pourrait entraîner chez l'enfant une défaillance d'introjction des fonctions maternelles calmanes, protectrices, contenantes, garantes du sentiment de continuité de soi et de valeur de soi, autrement dit les fonctions de « moi auxiliaire » (ou la fonction alpha, selon Bion).

2.1.3. L'apport du père

L'étude de Glogger et Tipplet (citée dans [19]), mettant en relation les représentations d'attachement des pères et celles de

leurs enfants, ne permet pas de dégager de relations directes entre ces deux types d'attachement. D'après ces travaux, il semblerait que, comparé à la mère, le père joue un rôle mineur, voire inexistant dans le développement affectif de l'enfant. Cependant, le père trouverait sa place et sa fonction par la suite, à mesure que l'enfant grandit : « La manière dont la plupart des recherches ont été conduites laisse entendre que le père influence son enfant de la même façon que la mère. Or, des études montrent que le père n'exerce pas la même fonction. »

D'autres auteurs (cités dans [19]) pensent que le conjoint exercerait une influence positive sur la relation « mère-bébé » reposant sur la qualité des soins que ce dernier donne à son enfant : le père représenterait pour la mère un modèle de parent qui, par son exemple, l'aiderait (soutien et aide à surmonter le stress dans la relation de couple...) dans sa manière d'élever son enfant.

2.1.4. Le couple parental

Les troubles des conduites alimentaires questionnent les liens transgénérationnels sur lesquels s'est construit le couple. Il s'agit souvent pour les parents d'être de bons enfants pour leurs propres parents et de bons parents pour leurs enfants en priorité par rapport à la relation entre eux. Selon Kaganski [17], le couple parental peut ne pas constituer une unité affective et sexuellement vivante, chacun restant encore souvent très pris dans ses propres conflits infantiles.

Les études de Rutter, Quinton et Liddle (cités dans [19]) soulignent le fait que lorsqu'une femme a intériorisé un modèle d'interactions « disharmonieuses », elle est sujette à avoir des attitudes parentales inadaptées. Cependant, une vie conjugale sécurisante pourrait contrebalancer cette tendance en favorisant chez la mère une attitude plus empathique. Inversement, l'absence de soutien de la part du mari peut contribuer à la perpétuation de relations conflictuelles dans la vie de la mère. Gottman et Katz [14] ont constaté que les parents qui réussissaient à avoir entre eux des échanges affectifs harmonieux étaient plus à même d'apporter de l'affection et une certaine structure à leur enfant, comparés à des couples dont les relations étaient conflictuelles.

2.1.5. Transmission intergénérationnelle de l'attachement

La théorie de l'attachement a tout d'abord mis en évidence un lien entre les comportements parentaux de soins et les patterns d'attachement de l'enfant. Ensuite, elle a montré comment ces patterns relationnels s'intériorisaient sous la forme de représentations mentales. Enfin, elle nous montre comment ces modèles internes de relations imprègnent les comportements relationnels de l'individu tout au long de sa vie, en particulier ses comportements amoureux et, pour fermer la boucle, les comportements de soins envers ses propres enfants. Ces travaux tendent à une généralisation du modèle original de Mary Ainsworth qui souligne notamment l'existence de liens entre la vie psychique de la mère, ses représentations et les comportements de l'enfant [25,26].

2.1.6. La sphère familiale chez les anorexiques

Deux théories se distinguent sur le sujet : la théorie psychodynamique d'inspiration psychanalytique, s'appuyant sur la personnalité de l'anorexique, structurée en fonction de son histoire et de son environnement (et en particulier de la personnalité parentale), et la théorie systémique pour laquelle l'anorexie traduit un déséquilibre de l'homéostasie familiale, dans un système caractérisé par l'absence de possibilité de verbaliser les conflits. Il en résulterait pour l'enfant une impossibilité à s'individualiser, à se différencier, à s'autonomiser.

Néanmoins certaines études font état d'une diminution de l'impact pathologique de la famille et préconisent une ouverture aux familles. Notre approche s'inscrit dans ce cadre et vise à soutenir et aider les familles à utiliser leurs ressources et leurs compétences [10,11].

3. Attachement et troubles des conduites alimentaires

De nombreux travaux s'accordent sur l'existence d'un attachement insécurisé (*insécure*) chez des sujets présentant des conduites addictives. Nous pouvons citer en exemple une étude menée par M. Claes et Lacourse [8] auprès d'un échantillon de 303 adolescents (170 filles et 133 garçons), âgés en moyenne de 17 ans. L'objet de l'étude était d'examiner les liens entre les relations entretenues avec les parents et la présence de troubles du comportement. Leurs résultats ont fait apparaître un lien entre l'attachement parental et les variables de supervision, de conflits (monitoring), elles-mêmes associées aux comportements déviants (trouble du comportement, conduites addictives...). Atger *et al.* [2] abondent dans ce sens : « Tous les travaux concordent en faveur de l'existence d'un attachement insécurisé, qu'il soit de type préoccupé ou détaché, chez la plupart des sujets présentant des conduites addictives ou des troubles des conduites alimentaires. »

Une étude de Candelori et Ciocca, citée par Ward *et al.* [30], s'est intéressée à l'attachement de 36 jeunes âgés en moyenne de 17 ans et ayant des troubles des conduites alimentaires. Les résultats révèlent que l'anorexie restrictive est plus généralement associée à un pattern « détaché », alors que la boulimie paraît plus corrélée avec un pattern « préoccupé ».

Deux études récentes [22,18] ont eu pour objet l'observation des relations au sein du couple parental chez des adolescentes âgées atteintes d'anorexie mentale et l'analyse des perceptions des relations parents–enfants ainsi que du fonctionnement familial au sein d'un groupe clinique de jeunes femmes anorexiques en comparaison à un groupe témoin non clinique. Des scènes de violence entre parents, une relation maternelle fusionnelle et une relation paternelle insatisfaisante sont mises en exergue par les premiers auteurs. Ceux-ci soulignent ainsi la fragilité psychologique des parents et leur constante souffrance. Un vécu de « carence affective » vis-à-vis de leur propre mère prédomine chez les mères mais est aussi présent chez les pères. Les conclusions de la seconde étude sont que les parents des jeunes anorexiques n'induiraient pas plus de troubles des conduites alimentaires (présents ou passés) que les parents du groupe témoin. Pour les parents issus des deux groupes, ni difficulté psychopathologique ni différence dans

leur perception de leur relation parent–enfant n'étaient relevées grâce au *Parental Bonding Instrument* [23]. Les auteurs notent néanmoins que ces résultats particuliers pourraient être liés à la tendance des parents de jeunes femmes présentant un trouble alimentaire à nier les difficultés et à présenter leurs familles sous un angle très favorable.

En résumé, dans la littérature sur l'anorexie mentale, certains patterns relationnels, individuels et parentaux semblent identifiés, suggérant une dimension de vulnérabilité dans l'attachement associée au développement de ce trouble.

4. Étude

4.1. Objectifs de l'étude

L'anorexie mentale faisant l'objet d'un consensus sur sa nature multifactorielle et pluridimensionnelle, nous avons ciblé notre recherche sur la pertinence possible d'un facteur concourant au trouble : l'attachement. La présence, dès les premières années, d'une relation décrite dans la littérature comme « carencée » et « intrusive » entre les parents et la jeune fille anorexique nous amène à nous interroger sur le type d'attachement développé, sur sa transmission et ses répercussions, dans un fonctionnement intrafamilial décrit comme possiblement dysfonctionnel.

L'objet de notre étude est de confirmer le lien entre la présence supposée d'un attachement insécurisé (de type détaché) et les éventuels dysfonctionnements des relations au sein de la cellule familiale. Nous formulons donc l'hypothèse générale qu'il existe un trouble de l'attachement dans l'anorexie mentale du sujet jeune. S'il existe, ce trouble de l'attachement serait de type « détaché », de transmission maternelle (le même style de stratégie d'attachement que celui de la mère) et corrélé à des dimensions du fonctionnement familial décrites par Minuchin et explorées par le Faces III.

4.2. Population

Notre population se compose de dix patientes anorexiques (de type restrictif) âgées de 14 à 17 ans et de leurs deux parents ayant donné individuellement leur consentement éclairé pour participer à l'étude. Le recrutement de cet échantillon s'est fait au sein de l'unité de soins ambulatoires des Troubles des Conduites Alimentaires du Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent de l'hôpital Robert-Debré.

Nous avons retenu les critères d'inclusion suivants :

- anorexie mentale diagnostiquée suivant les critères du DSM-IV [1] avec ou sans trouble comorbide sur l'axe I ;
- éléments de gravité : maladie évolutive depuis au moins deux ans, avec ou sans amélioration, et ayant nécessité au moins une hospitalisation ;
- sujets vivant chez leurs parents au moment de la recherche ;
- deux parents (famille biologique) vivant sous le même toit au moment de la recherche.

4.3. Méthode

Nous avons utilisé comme outils d'évaluation :

- le Ca-Mir (Ca pour Cartes, Mir pour Modèles Individuels de Relations) : cet autoquestionnaire a été élaboré par B. Pierrehumbert [24], à partir de trois sources (littérature, entretiens cliniques, instruments préexistants sur l'attachement). Validé en population générale, il se compose de 72 items qui évaluent 13 dimensions relatives à la problématique des modèles d'attachement. Les réponses sont traitées selon deux modalités : le format Likert (chaque item obtient un score de 1 à 5) ou la procédure Q-Sort. Choisir la procédure Q-Sort fait appel à une distribution forcée. Les cartes sont triées en cinq piles, puis une réduction du nombre de cartes par pile est imposée. Cela a l'avantage de limiter les réponses empreintes de « désirabilité ». Les réponses sont ainsi autoréférencées et la distribution forcée a la forme d'une courbe de Gauss approchée. Cette distribution Gaussienne permet une procédure de calcul particulière : la procédure Q. Ainsi, trois prototypes (détaché, préoccupé et sécurisé) ont été définis. Chaque Q-Sort est corrélé à chacun des trois prototypes, le coefficient de corrélation exprimant le degré de ressemblance du sujet à chacun des prototypes ;
- le Faces III, élaboré par Olson [21] : il s'agit d'un autoquestionnaire permettant de recueillir les perceptions des sujets sur leur type de relations familiales selon deux dimensions : « la cohésion intrafamiliale » et « l'adaptabilité ». Composé de 20 items, il a été adapté et validé en français par deux équipes [7,29].

4.4. Résultats

Avec le Ca-Mir, l'étude de la distribution des prototypes « préoccupés, détachés et sécurisés » dans notre population d'adolescentes anorexiques indique dans 90 % des cas un prototype d'attachement de type sécurisé.

Les pères des adolescentes anorexiques tendent à avoir le même profil prototypique que les filles. Ce sont les mères qui présentent les profils les plus hétérogènes, avec une prévalence néanmoins, comme pour les filles et les pères, du prototype sécurisé (Tableau 1).

Le coefficient de corrélation des prototypes filles-mères est de (0,64).

La répartition des scores aux sous-échelles indique une perception équivalente des mères et des filles pour seulement trois de celles-ci : Interférence parentale, Rancune d'infantilisation et Support familial.

Tableau 1
Répartition des « Q-sort » des membres de la famille en pourcentage

Famille	% des « Q-sort » préoccupé	% des « Q-sort » détaché	% des « Q-sort » secure
Pères (N = 9)	0	11	89
Mères (N = 10)	20	10	70
Filles (N = 10)	0	10	90

Tableau 2

Scores FACES moyens de cohésion et d'adaptabilité « perçus » par catégories et normes françaises correspondantes pour les familles et chaque sous-système familial (comparaison avec les normes établies par Tubiana et al., 1991)

	Perçue	
	Moyenne	Normes Fr.
<i>Familles (N=10)</i>		
Cohésion	* 33,68	36,72
Adaptabilité	* 25,06	24,69
<i>Pères (N = 9)</i>		
Cohésion	36,66	« 37,7 »
Adaptabilité	24,75	« 24,2 »
<i>Mères (N = 10)</i>		
Cohésion	36,5	38,2
Adaptabilité	27,2	24,3
<i>Patientes (10)</i>		
Cohésion	** 28,8	34,97
Adaptabilité	23,1	24,16

* *t* de Student = 1,94 ; $p < 0,05$; ***t* de Student = 3,08 ; $p < 0,001$.

En comparant, grâce au FACES, les moyennes des scores « cohésion » de notre échantillon avec celles de la population générale [29], on indique que les familles anorexiques se sentent globalement moins unies ($m = 33,68$) que la population non clinique ($m = 36,72$). Les familles de notre étude seraient plus distantes, « désengagées », que les familles de la population générale. Ces résultats sont statistiquement significatifs ($t = 1,93$, $p < 0,05$). Les patientes ont d'ailleurs des scores moyens qui témoignent d'un fonctionnement « désengagé » par rapport à la moyenne des adolescentes de la population générale (scores moyens de cohésion : 28,8/34,97) (Tableau 2).

Malgré une très grande satisfaction et harmonie retrouvées dans les réponses au Ca-mir, les patientes et leurs parents perçoivent leurs familles comme étant peu unies.

Les corrélations entre les scores « Q-sort secure » et les deux dimensions du FACES sont négatives et faibles (-0,10 et -0,15).

5. Discussion

Cette étude transgénérationnelle sur l'attachement dans l'anorexie mentale du sujet jeune est, à notre connaissance, la première présentée, en français, sur ce thème. En dépit de l'existence de biais méthodologiques, qui doivent rendre prudent quant à l'interprétation des résultats, elle témoigne aussi de l'intérêt d'une approche synchronique du trouble.

Les jeunes filles anorexiques de notre étude témoignent en majorité d'un attachement de type sécurisé. Cela contredit le résultat d'études précédentes, et notamment celui du travail de Candelori et Ciocca qui suggéraient la prééminence d'un attachement insécurisé de type détaché chez les sujets ayant une anorexie mentale. Néanmoins, la variabilité méthodologique des études et de certaines données, telle qu'elle est exposée dans la méta-analyse de Ward et al. [30], n'autorise pas non plus à conclure fermement à un lien entre anorexie mentale et attachement détaché. Ainsi, l'étude de Salzman [27] sur l'attachement, évalué grâce à l'AAI dans une cohorte de 28 jeunes adultes (18 à 22 ans) issus de la population générale, n'a retrouvé aucun cas d'anorexie mentale chez les jeunes ayant témoigné d'un attachement de type évitant, l'équivalent du

type détaché (un taux de 25 % d'attachement de type détaché était retrouvé dans cette cohorte). Ce résultat serait en accord avec les conclusions de Laporte *et al.* [18] au sujet des relations parents–enfants évaluées avec le *Parental Bonding Instrument*. Pour ces auteurs, les parents de jeunes ayant un trouble des conduites alimentaires ont la même perception de leurs relations avec leurs pères et leurs mères que les parents de jeunes ne présentant pas de trouble des conduites alimentaires.

D'autres facteurs peuvent avoir contribué à l'émergence d'un tel résultat. Les jeunes filles de notre groupe avaient toutes débuté la maladie depuis au moins deux ans. Au regard de l'âge moyen de celles-ci (14 ans), la majorité d'entre elles a donc eu une forme prépubère et/ou préménarchale de l'anorexie mentale. Bien qu'il semble qu'un certain degré de continuité soit observable dans les stratégies d'attachement de l'enfance à l'âge adulte, il n'est pas exclu que des changements surviennent au cours du développement [4,16]. Ainsi les grandes adolescentes et jeunes adultes des études sur les Troubles des Conduites Alimentaires et l'Attachement pourraient avoir un pattern d'attachement différent de celui observé dans notre étude en lien avec un stade différent de développement. Aussi, les anorexiques pourraient témoigner d'un attachement sécurisé dans leur enfance puis celui-ci, à la puberté, se modifierait alors en attachement insécurisé, et plus spécifiquement détaché chez certaines, sous l'influence de facteurs individuels, biologiques, génétiques ou familiaux. Cette hypothèse de la variabilité de l'impact de l'attachement au cours de la vie de l'enfant puis de l'adolescent a déjà été évoquée par M.T. Greenberg [15]. Pour cet auteur, le développement serait, par exemple, influencé de façon privilégiée dans la prime enfance par la qualité de l'attachement puis dans la seconde enfance par la qualité des habiletés cognitives et enfin à l'adolescence par la qualité de la structure parentale/familiale.

Une autre interprétation serait que l'anorexie mentale du sujet prépubère est une entité clinique et psychopathologique originale, comme le suggéreraient certains aspects cliniques et individuels spécifiques de cette phase de développement [6]. L'étude des stratégies d'attachement des patientes et ses résultats contradictoires orienteraient alors la réflexion vers une conceptualisation développementale de la maladie. La puberté et ses remaniements biologiques, individuels et familiaux seraient des facteurs précipitants mais non nécessaires au développement du trouble. Celui-ci pourrait apparaître dès l'enfance, n'impliquant pas seulement les interactions précoces mais s'inscrivant dans une perspective dimensionnelle. Une ou des dimensions telles que l'estime de soi ou le perfectionnisme serait alors un ou des facteurs étiopathogéniques majeurs.

L'influence du traitement sur les stratégies d'attachement peut aussi être considérée. Nos patientes étaient toutes suivies en ambulatoire au décours d'au moins une hospitalisation. Elles bénéficiaient d'une modalité thérapeutique pluridisciplinaire comprenant des modalités individuelles et, du fait de leur jeune âge, de modalités familiales. L'impact thérapeutique pourrait aussi avoir restauré la qualité de l'attachement, comme le présupposait Bowlby au sujet de l'impact de la psychothérapie [4]. Dans des études ultérieures, il serait intéressant d'étu-

dier la variabilité de cet impact sur l'attachement selon différentes modalités de traitement.

Enfin, nous pourrions aussi avancer l'hypothèse d'un lien entre les modalités thérapeutiques de notre étude et le concept de séparation traumatique, fondement de la théorie de l'attachement. En effet, à l'inverse des patients de l'étude de Candelori et Ciocca hospitalisés lors de l'évaluation de leur type d'attachement, nous avons évalué ce même attachement chez des patientes suivies en ambulatoire, vivant au domicile de leurs deux parents et exemptes alors de toute séparation d'avec leurs figures d'attachement. Bien que l'on ne connaisse pas le détail des modalités thérapeutiques de l'équipe italienne, l'hospitalisation pourrait être à l'origine d'une désactivation et d'une réorganisation des modèles de représentations internes, protectrices. De fait, dans son étude de validation du Ca-Mir, B. Pierrehumbert souligne les relations entre le facteur âge et l'expérience de séparation qui favoriserait le détachement. Or, on l'a dit, bien que la stabilité de l'attachement soit suggérée dans de nombreux travaux et présumée telle par Bowlby, de l'âge d'un à cinq ans, une période sensible, sujette à remaniements d'environ dix ans s'ensuit [15]. Le biais des études de sujets jeunes serait donc d'observer une adaptation de l'attachement à des conditions adverses.

Il est difficile de conclure à une transmission maternelle de l'attachement, bien que les trois représentants de nos familles se décrivent majoritairement sécurisés. Les pères et les filles rapportent des profils prototypiques très proches, différents néanmoins du profil de la population générale décrit par B. Pierrehumbert. Cela va dans le sens de certaines études suggérant le rôle du père comme modèle au développement de l'attachement. On ne retrouve d'adéquation mère–fille que pour les sous-échelles A (Interférence parentale), C (Rancune d'infantilisation) et E (Support familial). Ce sont donc les mères pour qui l'histoire parentale serait la plus marquée d'un sentiment d'insatisfaction et les pères qui seraient « transmetteurs » du type d'attachement. Les mères tendraient alors à développer une « super compétence » maternelle en compensation de leur perception d'un manque dans leurs propres relations parentales, aidées en cela par leur conjoint, « modèle de parentalité ».

Loin d'être « rigides et enchevêtrées », les familles de notre échantillon se sentent plus « souplement distantes et désengagées ». Cela confirme les résultats obtenus précédemment par les auteurs lors d'une étude pilote utilisant le FACES III et en accord avec d'autres travaux suggérant plutôt une diversité du fonctionnement familial [9]. Cependant, la proportion importante dans notre échantillon de familles sécurisées suggère aussi une forte tendance à l'idéalisation des souvenirs d'enfance et du support familial.

Si l'on considère la description étiologique de Selvini-Palazzoli [26], concernant les familles d'origine des parents d'anorexiques, celle-ci souligne une possible insuffisance au niveau des soins et de l'affection. Ces parents auraient eu, eux aussi, une enfance « carencée ». Ces mères et pères auraient dû accepter certains sacrifices et tenir un rôle peu gratifiant au sein de leurs propres familles. Plus tard, ils fonctionneraient sur ces mêmes principes et le taux de 20 % d'attachement de type

préoccupé chez les mères d'anorexiques retrouvé dans notre étude pourrait témoigner de cela. En effet, le modèle préoccupé correspond à des sujets qui restituent une image peu cohérente de leur passé et expriment une colère très actuelle à l'égard de leurs parents.

Les corrélations entre les dimensions familiales de cohésion et d'adaptabilité et le type d'attachement sécurisé ne permettent pas de conclure à un lien entre ces variables, bien que Stevenson-Hinde propose un modèle de correspondance entre les patterns d'attachement et les modèles de fonctionnement familial. Pour Minuchin, les familles décrites comme flexibles seraient associées au développement de pattern d'attachement sécurisé. Dans le cas de familles désengagées, elles seraient associées au développement d'un pattern évitant et les familles enchevêtrées au développement d'un pattern ambivalent. *A contrario*, d'autres auteurs suggèrent qu'une famille désengagée susciterait chez l'enfant un comportement ambivalent et une famille enchevêtrée un comportement évitant. Dans notre étude, les familles tendent à se percevoir moins cohésives que des familles issues de la population générale. Cela est statistiquement significatif, et notamment pour les patientes elles-mêmes. Mais ce désengagement ne correspond pas à un attachement insécurisé comme l'hypothèse de Stevenson-Hinde [28] l'avançait. Au total, les mères nous semblent engagées dans un maternage excessif (*compulsive care-giving*) répondant pour elles à une adaptation de leur attachement insécurisé envers leur propre mère, étayées en cela par leur conjoint dans une modalité adaptative.

En dépit de ces arguments étayant notre résultat, nous devons rester prudents quant à l'interprétation de celui-ci du fait de biais méthodologiques certains. Notre groupe d'étude est de petite taille et ne comprend pas de groupe contrôle. À ce jour, l'AAI est l'instrument d'étude de l'attachement reconnu dans la littérature. Enfin, il semble discutable de trouver un attachement sécurisé chez des patients ayant un trouble grave, mais il n'est pas encore clair que celui-ci soit un indicateur fiable du développement de trouble psychiatrique. Enfin, l'étude d'autres variables interagissant avec d'autres variables telles le tempérament s'avère nécessaire et est en cours par les auteurs dans un travail élargi au sein du service.

6. Conclusions

Ce travail a eu pour objectif de porter une attention particulière aux facteurs pouvant influencer le développement de l'anorexie mentale. Le type d'attachement serait un facteur prédictif qui exercerait une influence tout au long de la vie des individus. Notre cohorte s'est révélée majoritairement sécurisée et il serait nécessaire d'évaluer des familles avant traitement et en comparaison avec des populations générales du même âge. L'étude portant sur des stratégies d'attachement des personnes et leurs représentations du fonctionnement familial pourrait être une amorce en faveur d'un modèle plus large de compréhension : la dyade enfant-parent (attachement) prend forme dans un réseau de relations familiales (systémique) et il nous semblerait enrichissant, dans le cadre d'une prochaine recherche, de

redéfinir certains modèles étiologiques de familles, tel celui de Minuchin, en retenant le modèle de Stevenson-Hinde, voire en les associant à une perspective tempéramentale.

Remerciements

Nous remercions particulièrement Madame Miljkovitch qui nous a permis de disposer de l'instrument Ca-Mir pour réaliser cette étude.

Références

- [1] American Psychiatric Association. *Diagnosis and Statistical Manual of mental disorders*, 4th ed. Washington DC: DSM-IV; 1994.
- [2] Atger F, Corcos M, Perdereau P, Jeammot P. Attachement et conduites addictives. *Ann Med Int* 2001;152(suppl 3):67–72.
- [3] Bolwby J. (1978). *Attachement et perte*, vol. 1. L'attachement. Paris: PUF; 2002 (« Le fil rouge »).
- [4] Bolwby J. *Developmental psychiatry of age*. *Am J Psychiat* 1988;145:1–10.
- [5] Brusset B. *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris: Dunod; 1998.
- [6] Bryant-Waugh R, Lask B. Annotation: Eating disorders in children. *J Child Psychol Psychiat* 1995;36:191–202.
- [7] Castro D, Chiva M, Castro B, Skurnik N. L'investigation standardisée des interactions familiales : présentation de l'adaptation française de l'échelle FACES III. *Act Psychiat* 1992;6:10–1.
- [8] Claes M, Lacourse E. Pratiques parentales et comportements déviants à l'adolescence. *Enfance* 2001;4:379–99.
- [9] Cook-Darzens S, Doyen C, Mouren-Siméoni MC. Fonctionnement des familles d'adolescentes anorexiques : le FACES III comme outil d'évaluation et guide thérapeutique. *Prisme* 2000;32:62–82.
- [10] Cook-Darzens S. In : *Thérapie familiale de l'adolescent anorexique — Approche systémique intégrée*. Paris: Dunod; 2002.
- [11] Doyen C, Le Heuzey MF, Cook-Darzens S, Flého F, Mouren-Siméoni MC. Anorexie mentale de l'enfant et de l'adolescente : nouvelles approches thérapeutiques. *Arch Ped* 1999;6:1217–23.
- [12] Guedeney N, Guedeney A. In : *L'attachement — Concepts et applications*. Paris: Masson; 2002.
- [13] Golse B. L'attachement à l'adolescence, « quitte ou double »? *L'Autre* 2001;2:109–16.
- [14] Gottman J, Katz K. Effects of marital discord on young children's peer interaction and health. *Dev Psychol* 1989;25:373–81.
- [15] Greenberg MT. Attachment and psychopathology in childhood. In: *Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Press; 1999.
- [16] Grossmann KE, Grossmann K. Développement de l'attachement et adaptation psychologique du berceau au tombeau. *Enfance* 1998;3:44–68.
- [17] Kaganski I. Aspects familiaux, cliniques et thérapeutiques des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *Prisme* 1999;30:106–16.
- [18] Laporte L, Marcoux V, Guttman HA. Caractéristiques des familles de femmes présentant un trouble d'anorexie mentale restrictive comparées à celles de familles témoins. *Encéphale* 2001;27:109–19.
- [19] Miljkovitch R. *L'attachement au cours de la vie*. Paris: PUF, « Le fil rouge »; 2001.
- [20] Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge (MA: Harvard University Press; 1978.
- [21] Olson DH, Portner J, Lavee Y. *FACES III*. St Paul MN: Family Social Science, University of Minnesota; 1985.
- [22] Parayre-Chanez MJ, Schoukroun J, Maury M, Visier JP. Réflexion sur la place du dysfonctionnement du couple parental dans l'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'enfance* 1993;41:375–9.
- [23] Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *Br J Med Psychol* 1979;52:1–10.
- [24] Pierrehumbert B, Karmaniola A, Sieye A, Meister C, Miljkovitch R, Halfon O. Les modèles de relations : développement d'un autoquestionnaire d'attachement pour les adultes. *Psychiatr Enfance* 1996;34:161–206.

- [25] Pierrehumbert B. Attachement et psychopathologie. *Enfance* 2003;1:74–80.
- [26] Selvini-Palazzoli M. Le processus anorexique dans la famille. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 1996:16.
- [27] Salzman JP. Ambivalent attachment in female adolescents: association with affective instability and eating disorders. *Int J Eat Disord* 1997;21:251–9.
- [28] Stevenson-Hinde J. Attachment within family systems: an overview. *Infant Ment Health J* 1990;11:218–28.
- [29] Tubiana-Ruffi N, Moret L, Bean K, Mesbah M, Feard S, Deschamps JP, et al. Validation en langue française d'une échelle d'évaluation du fonctionnement familial (FACES III) : un outil pour la recherche et la pratique clinique. *Rev Epidém et Santé Publ* 1991;39:531–41.
- [30] Ward A, Ramsay R, Treasure J. Attachment research in eating disorders. *Br J Med Psychol* 2000;73:35–51.
- [31] Zimmermann P. Attachement et développement. Le rôle des premières relations dans le développement humain. Canada: Presse de l'Université du Québec; 2000.