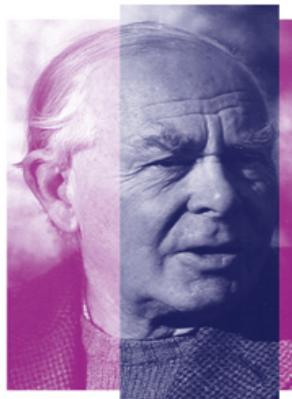


John Bowlby

Amour et rupture :
les destins du lien affectif



Albin Michel
Bibliothèque Idées

John Bowlby
Amour et rupture:
les destins du lien affectif



Albin Michel
Bibliothèque Idées

© Éditions Albin Michel, 2014
pour la traduction française

Édition originale parue sous le titre :

THE MAKING AND BREAKING
OF AFFECTUAL BONDS

Chez Tavistock Publications Limited en 1979,
Chez Routledge en 1989 et chez Routledge Classics
à Oxon et New York en 2005.

© R.P.L. Bowlby and others, 1979, 2005
Introduction © R.P.L. Bowlby, 2005

ISBN : 978-2-226-30308-0

Introduction

de Richard Bowlby

Quand mon père a publié cette série de conférences en 1979, il n'avait pas idée qu'elle deviendrait un classique. À l'époque, j'étais photographe médical et j'étais à peu près à la moitié de la lecture des trois tomes de son *magnum opus*, *Attachement et perte*, lecture que je faisais davantage par devoir filial que par une véritable soif de connaissances. Ma femme et moi vivions dans la maison voisine de celle de mes parents et, pour me sortir de la garde des enfants, je me rendais souvent chez eux pour discuter des événements du jour avec mon père. La conversation portait généralement sur les idées sur lesquelles il écrivait (et sur nos enfants) et cela a continué ainsi, bon an mal an, jusqu'à la fin de sa vie. La première fois que toute l'importance de son œuvre m'est apparue, c'était lors d'une promenade en famille dans les Chiltern Hills en 1958 environ, juste après la première publication de son article sur « La nature du lien de l'enfant à sa mère ». Il m'a dit : « Tu te rends compte du niveau de détresse des petits enfants quand ils se perdent et qu'ils ne retrouvent pas leur mère, et combien ils la cherchent ? Eh bien, je pense que c'est la même chose que ce que ressentent les adultes lorsqu'ils perdent un être aimé, ils continuent à le chercher eux aussi. Je pense qu'il s'agit d'un même instinct qui s'exprime d'abord dans la prime enfance et qui évolue à mesure que les gens grandissent pour devenir une composante de l'amour chez les adultes. » Je me rappelle m'être dit : « Eh bien, si tu as raison, tu as découvert quelque chose de vraiment énorme ! »

Mon père avait à cœur de faire en sorte qu'un maximum de personnes puisse bénéficier de ses explications sur ce qu'il avait appris concernant la création des liens affectifs et les conséquences de leur rupture sur la santé psychique. Toutefois, à la fin de sa vie, il éprouvait de la frustration et une certaine déception face à la réticence des gens à envisager ses idées dans leurs applications cliniques. Il en donnait quelques raisons factuelles, mais je pense qu'il ne tenait pas compte de la manière dont les cliniciens prenaient ses idées sur le plan personnel, ni de l'aspect dérangeant de leurs implications. De nombreuses critiques de la théorie de l'attachement sont apparues au fil des années, et je pense que la plupart d'entre elles proviennent du fait qu'elle appuie sur des points extrêmement sensibles, faisant parfois émerger des souvenirs douloureux que nous préférerions oublier. Le sentiment de soi dépend étroitement des quelques relations d'attachement intimes dont nous disposons actuellement ou que nous avons eues par le passé, en particulier celle avec la personne qui nous a élevés. Ces relations puissantes, qu'elles soient sûres ou insécurisées, d'amour ou de négligence, ont pour nous une importance majeure et nous éprouvons le besoin de protéger vigoureusement la perception idéalisée que nous en avons ; elles n'ont pas forcément été excellentes, mais c'est tout ce que nous avons eu !

Au cours de l'évolution, les humains semblent avoir développé une capacité innée à détecter tout ce qui pourrait déstabiliser ces relations d'attachement vitales et les défenses inconscientes paraissent activées par les informations concernant la théorie de l'attachement. Tout se passe comme si un examen de ces relations pouvait d'une manière ou d'une autre les menacer, et plus l'information est claire, plus rapides et vigoureuses sont les défenses employées ; il est donc peu surprenant que, dans les quarante-cinq années qui nous séparent de la publication sur le « lien de l'enfant », la théorie de l'attachement n'ait pas été la bienvenue pour beaucoup.

En 1979, époque à laquelle mon père a rassemblé ces conférences, il commençait à se sentir de plus en plus confiant quant à la validité de ses idées et de la théorie de l'attachement en particulier. Le « paradigme de la situation étrange » élaboré par Mary Ainsworth était alors bien établi et il produisait des résultats statistiquement significatifs à l'appui de ses affirmations. Peu de temps avant sa mort en 1990, l'Entretien d'attachement adulte¹ conçu par Mary Main commençait à se mettre en place et il existait plusieurs études longitudinales aux perspectives très prometteuses, ce qui lui donnait grande satisfaction. Celles-ci ont fourni ultérieurement des données incontestables corroborant ses explications et elles ont permis d'étendre la théorie de l'attachement à de nouveaux domaines.

Bien que mon père mentionne rarement le rôle des pères dans cette série de conférences, le lecteur ne sera pas surpris d'apprendre que j'ai eu une certaine curiosité pour sa manière de le concevoir. Dans son premier livre, *Child Care and the Growth of Love*, publié en 1953 par Penguin Books, il aborde ce sujet à la page 15 : « Aux yeux du bébé, son père joue le rôle de deuxième violon et sa valeur ne s'accroît qu'à partir du moment où l'enfant gagne en autonomie. [...] Dans ce qui suit, alors qu'il sera fait constamment référence à la relation mère-enfant, la relation père-enfant ne sera donc que peu évoquée ; on présupposera son importance en tant que soutien économique et affectif de la mère¹. » C'était là l'expérience qu'il avait eue de son propre père, éminent chirurgien né en 1856, imprégné d'une éthique profondément victorienne, qui voyait rarement ses six enfants et qui ne les a pas du tout vus pendant la Première Guerre mondiale (mon père est né en 1907). Cela étant, à l'âge de 80 ans, mon père avait revu son opinion sur le rôle des pères pour y inclure l'accompagnement de leur enfant dans son exploration du monde, mais je ne suis pas certain qu'il ait pleinement réalisé combien le rôle des pères se révélerait significatif en tant que figures d'attachement, encourageant l'exploration et la stimulation.

En 2002, Karin Grossmann et ses collègues² ont publié les résultats d'une étude longitudinale menée en Allemagne, intitulée « Le caractère unique du lien d'attachement père-enfant : le rôle central du jeu plein de sensibilité et de défi de la part des pères dans une étude longitudinale sur 16 ans ». Parmi un large ensemble de mesures, la sensibilité des pères comme stimulant et favorisant le dépassement de soi a été observée quand les enfants avaient 2 ans, puis 6. Lors de l'analyse des données, les chercheurs ont mis au jour un puissant effet quand mère et père associaient leurs ressources. Ce qui prédisait ensuite le meilleur fonctionnement social de ces jeunes à l'âge de 18 et 22 ans était la base sûre stable que leur mère leur avait fournie, l'estime qu'elle leur avait accordée et l'acceptation de leur désir d'exploration, ainsi que la sensibilité dont avait fait preuve leur père dans le jeu interactif favorisant la stimulation et le défi (des jeux ni trop ennuyeux ni trop effrayants, mais adéquatement stimulants).

Pour expliquer ces résultats concernant le fonctionnement social de haut niveau de ces jeunes adultes, les chercheurs ont dû accorder une importance égale au désir de l'enfant de jouer et d'explorer avec son père et au besoin de bénéficier d'une base sûre durable avec sa mère. Même si ces résultats n'ont pas été dupliqués ailleurs, on peut s'appuyer sur ceux-ci pour faire l'hypothèse que l'exploration, la joie et la stimulation constituent des motivations essentielles pour les enfants (comme on le voit dans le retour à l'exploration dans le « paradigme de la situation étrange ») et que fournir une base sûre est un tremplin favorisant cette exploration.

Si ces récentes découvertes sont confirmées, elles devront être assimilées par la « théorie de l'attachement », ce qui aurait pu être problématique si celle-ci avait été appelée la « théorie de Bowlby ». Mon père faisait très attention à ce que son nom ne soit pas systématiquement lié à cette théorie et, un soir au dîner, il nous a demandé quelle étiquette il pourrait lui donner. Il préférait « théorie de l'attachement » (il n'aimait plus « le lien de l'enfant à sa mère »), nous avons tous grommelé et dit :

« Pourquoi tu ne l'appelles pas “théorie de l’amour” ? » mais il nous a répondu que l’amour était beaucoup plus complexe que ce mécanisme biologique de protection très spécifique sur lequel il travaillait. Il m’a expliqué plus tard qu’une théorie qui émerge est généralement appelée du nom de son inventeur, mais, dans ce cas, elle a tendance à stagner à la mort de celui-ci. Il était formel sur le point que cette théorie devrait « sombrer ou surnager par sa capacité à rendre compte des données observées » et il affirmait : « Si de nouvelles données fiables ne collent pas avec une théorie existante, il faut changer la théorie pour qu’elle rende compte des nouvelles données. »

Je suis certain qu’*Amour et rupture : les destins du lien affectif* était d’une importance majeure pour mon père. Dans son enfance, une jeune nounou affectueuse et joueuse s’est occupée de lui, elle s’appelait Minnie, mais elle a quitté la famille quand il avait 4 ans environ^{II}. Il m’a raconté qu’il était très attaché à elle et qu’il avait ressenti la douleur de la séparation lorsque leur lien affectif avait été rompu, mais – bien que ses travaux lui rappellent cette douleur – il avait pu s’en accommoder tout au long de son existence. La perte d’une figure d’attachement essentielle à ses yeux et sa conscience de l’importance d’une relation durable ont, selon moi, largement alimenté sa motivation à l’étude du lien affectif se formant entre un enfant et sa figure primaire d’attachement, étude qui a mobilisé toute sa vie.

Mon père avait une qualification de médecin, de psychiatre, de psychanalyste et de psychologue. Il a reçu diverses distinctions honorifiques prestigieuses comme le CBE^{III}, des titres de docteur *honoris causa* et de membre honoraire, parmi lesquels celui de membre de l’Académie britannique, plus de nombreuses médailles et de nombreux prix prestigieux. Mais sa passion était la science, et s’il a laissé un héritage aussi pérenne dans le domaine de la santé psychique du bébé et de l’enfant, c’est essentiellement parce que son travail était profondément ancré dans une démarche scientifique. Malgré les nombreux développements qu’a connus

son œuvre et les obstacles qui se sont dressés sur sa route, ce livre constitue un témoignage durable de son succès en tant qu'homme de science.

Richard Bowlby, 2004.

- I. *Adult Attachment Interview (AAI).* (N.d.T.)
- II. Son âge exact à l'époque n'est pas certain, il est apparu récemment qu'il aurait été plus proche de 6 ans.
- III. *Commander of the Order of the British Empire*, Commandeur de l'ordre de l'Empire britannique. (N.d.T.)

À mes collègues de recherche

Mary Salter Ainsworth

Anthony Ambrose

Mary Boston

Dorothy Heard

Christoph Heinicke

Colin Murray Parkes

James Robertson

Dina Rosenbluth

Rudolph Schaffer

Ilse Westheimer

Avant-propos

Ces vingt dernières années, j'ai été plusieurs fois officiellement convié à prendre la parole devant des collègues ou face à un public plus large. Ces invitations ont été l'occasion pour moi d'exposer les résultats des recherches et de faire le point sur mes réflexions en cours.

Cet ouvrage offre une sélection de certaines de ces conférences et de contributions à des symposiums qui, je l'espère, servira d'introduction à l'exposé, systématique et scientifiquement étayé, des idées développées dans les trois volumes récemment achevés d'*Attachement et perte*. Chaque conférence ou contribution (uniformément appelées ici conférences) étant destinée à un public particulier en une occasion spécifique, j'ai jugé plus judicieux de les rééditer sous leur forme d'origine plutôt que de tenter d'importantes révisions. Elles sont donc ici proches de leur original et j'ai accompagné chacune d'un paragraphe introductif décrivant l'occasion et le public concernés. J'en ai profité pour corriger la grammaire et pour uniformiser la terminologie et les références ; j'ai aussi ajouté quelques notes explicatives en bas de page dès que nécessaire. Chaque fois qu'un énoncé a dû être modifié ou développé eu égard à de nouvelles preuves ou à de nouvelles études, j'ai ajouté un commentaire et apporté des références supplémentaires (souvent à des chapitres de l'un des volumes d'*Attachement et perte*) dans une note. Une partie de la conférence 3 a été supprimée pour des raisons expliquées dans le texte.

C'est en 1929 que j'ai commencé à m'intéresser à l'impact sur le développement de différentes formes d'expérience familiale, quand j'ai enseigné six mois dans ce que l'on appellerait aujourd'hui une école pour enfants inadaptés. Dix ans plus tard, après avoir terminé ma formation de

psychiatre et de psychanalyste, et travaillé trois ans à la London Child Guidance Clinic, j'ai présenté certaines de mes observations dans un article intitulé « Influence de l'environnement précoce sur le développement de la névrose et du caractère névrotique¹ » ; et j'ai aussi recueilli du matériel paru dans la monographie « Quarante-quatre jeunes voleurs² ». C'est pour de multiples raisons que j'ai choisi, après la guerre, comme champ spécifique de recherche, le placement des jeunes enfants en pouponnière ou à l'hôpital, plutôt que le domaine plus large des interactions parent-enfant. Premièrement, il s'agissait d'un événement qui, à mes yeux, pouvait avoir des effets néfastes graves sur le développement de la personnalité de l'enfant. Deuxièmement, qu'il ait ou non eu lieu n'était pas sujet à débat, ce qui contrastait nettement avec les difficultés à obtenir des informations fiables sur le type de traitement d'un enfant par son parent. Troisièmement, cela semblait être un domaine où on pouvait prendre des mesures préventives.

Je me suis constamment efforcé d'appliquer la méthode scientifique à cette recherche ; néanmoins, j'ai toujours eu pleinement conscience que, comme dans d'autres domaines de la médecine, lorsqu'un psychiatre entreprend un traitement ou s'essaye à la prévention, il doit souvent aller au-delà de ce qui est scientifiquement acceptable. La distinction entre les critères nécessaires à la recherche et ceux qui sont admissibles dans le cadre de la thérapie et de la prévention n'est pas toujours comprise, ce qui engendre une grande confusion. Dans une conférence récente intitulée « La psychanalyse : un art et une science³ », je me suis efforcé de préciser ma position sur ce point.

Ce que je dois aux nombreux collègues qui ont travaillé avec moi toutes ces années et à qui je dédie cet ouvrage est visible dans les textes eux-mêmes. Je leur suis extrêmement reconnaissant à tous. Ma profonde reconnaissance va aussi à ma secrétaire, Dorothy Southern, qui a travaillé depuis le début sur chacune de ces conférences, sur leurs nombreux

brouillons et versions diverses, et qui s'est acquittée de cette tâche avec une attention constante et un enthousiasme qui n'a jamais faibli.

I.

La psychanalyse et l'éducation^I des enfants¹

En avril et mai 1956, à l'occasion des célébrations du centenaire de la naissance de Freud, les membres de la Société britannique de psychanalyse ont donné à Londres six conférences publiques sur « La psychanalyse et la pensée contemporaine ». J'ai été invité à présenter celle consacrée à « La psychanalyse et l'amour des enfants ». Ces conférences ont été publiées deux ans plus tard.

Aucun autre champ de la pensée contemporaine ne montre sans doute plus clairement l'influence des travaux de Freud que celui de l'éducation des enfants. Même s'il y a toujours eu des personnes convaincues que l'enfant engendre l'adulte et que l'amour maternel apporte quelque chose d'indispensable au bébé en développement, ces vérités intemporelles n'avaient jamais fait l'objet d'une investigation scientifique avant Freud ; elles étaient donc aisément balayées comme l'expression d'une sentimentalité sans fondement. Freud a non seulement insisté sur l'évidence de l'enracinement de notre vie émotionnelle dans notre prime enfance, mais il a aussi cherché à explorer de manière systématique les liens entre les événements précoces et la structure et le fonctionnement de la personnalité ultérieure.

Comme nous le savons tous, les formulations de Freud ont rencontré une forte opposition – en 1950 encore, d'éminents psychiatres nous affirmaient

qu'il n'existait aucune preuve d'un rapport entre le vécu des premières années et la santé psychique^{II} – pourtant, aujourd'hui, nombre de ses principes sont tenus pour acquis. Non seulement nous trouvons des journaux populaires comme le *Picture Post*^{III} qui informe son public que « l'enfant malheureux devient l'adulte malheureux et névrosé » et que l'important, c'est « le comportement des personnes auprès de qui grandit l'enfant ; [...] et, les toutes premières années, en particulier le comportement de la mère » ; mais ces vues sont aussi relayées par les publications du gouvernement. Le ministère de l'Intérieur², dans la présentation des travaux de son département de l'enfance, remarque que « les expériences passées d'un enfant jouent un rôle essentiel dans son développement, et continuent à être importantes pour lui... » et il recommande que « l'objectif soit d'assurer autant que possible que chaque bébé reçoive l'attention régulière d'une même personne ». Enfin, il existe un rapport préparé par un comité nommé par le ministère de l'Éducation, détaillant tous les problèmes de l'enfance inadaptée³. Il fonde sans concession ses recommandations sur des principes tels que : « la recherche moderne montre que les influences les plus constructrices sont celles reçues par l'enfant avant même son entrée à l'école, et que dès cette époque se profilent chez lui certaines attitudes, susceptibles de déterminer l'ensemble de son développement à venir » et « le fait qu'un enfant soit heureux et équilibré à cet âge (fin de l'enfance), ou malheureux et en décalage avec la société ou avec ses leçons, dépend grandement d'une chose – le caractère approprié de l'éducation^{IV} qu'il a reçue plus tôt ». La célébration du centenaire de la naissance du fondateur de la psychanalyse nous fournit l'occasion d'entériner cette révolution dans la pensée contemporaine.

Les psychanalystes, et ceux qui s'en inspirent, s'entendent aujourd'hui sur un certain nombre de points essentiels concernant l'éducation des enfants. Tous, par exemple, s'accordent à reconnaître l'importance fondamentale d'une relation stable et permanente avec une mère aimante (ou un substitut

maternel) au cours de la petite enfance et de l'enfance, et la nécessité d'attendre une certaine maturité chez le bébé avant d'entreprendre de le sevrer ou de le rendre propre – ou toute autre étape de son « éducation^V », en l'occurrence. Il demeure cependant des divergences d'opinion sur d'autres problèmes, et c'est leur absence qui serait surprenante, vu la complexité de ceux-ci et la relative nouveauté de leur étude scientifique. C'est là souvent source de confusion et de perplexité pour les parents, en particulier pour ceux qui ont « besoin de certitudes en ce bas monde ». Cela serait tellement plus facile pour nous tous si nous avions la réponse à l'ensemble ou au moins à quelques-unes des questions que nous nous posons sur la manière d'élever nos enfants. Mais c'est loin d'être le cas aujourd'hui, et je ne souhaite pas un seul instant donner l'impression du contraire. Néanmoins, je pense que les travaux de Freud nous ont apporté des connaissances solides en la matière et, par ailleurs, point sans doute encore plus important, ils constituent, selon moi, une approche féconde des problèmes d'éducation dans la recherche d'une meilleure compréhension de ceux-ci.

L'ambivalence et sa régulation

Donald Winnicott, dans sa conférence sur la psychanalyse et la culpabilité^{VI}, a détaillé le rôle essentiel, dans le développement humain, de la mise en place d'une capacité saine à ressentir la culpabilité. Il a montré clairement qu'une telle capacité est une caractéristique nécessaire à la bonne santé. Bien qu'elle soit désagréable, comme la douleur physique et l'anxiété, elle est indispensable sur le plan biologique et elle fait partie du prix à payer pour le privilège d'être humain. Il a décrit en outre le fait que cette capacité à ressentir la culpabilité « implique la tolérance de l'ambivalence » et l'acceptation de la responsabilité de notre amour comme de notre haine. Ce sont là des thèmes qui, largement influencés par Melanie Klein, sont d'un intérêt majeur aux yeux des analystes britanniques. C'est mon intention ce

soir de développer davantage le rôle de l’ambivalence dans la vie psychique – cette tendance dérangeante que nous avons tous à éprouver de la colère, voire de la haine parfois, envers la personne que nous aimons le plus – et d’envisager les méthodes d’éducation qui permettent, plus ou moins, à l’enfant de grandir en apprenant à réguler ce conflit de manière constructive et mature. Car, pour moi, le principal critère de jugement de la valeur des diverses méthodes d’éducation réside dans leurs effets, positifs ou négatifs, sur la capacité de l’enfant à réguler progressivement son conflit entre amour et haine et, de ce fait, sa capacité à vivre sainement son anxiété et sa culpabilité.

Retraçons brièvement les idées de Freud sur l’ambivalence. Parmi les innombrables thèmes présents dans ses travaux, aucun n’est aussi marquant ni aussi persistant que celui-ci. Il fait sa première apparition à l’aube de la psychanalyse. Au cours de son étude des rêves⁴, Freud prend conscience qu’un rêve dans lequel meurt une personne aimée indique souvent l’existence d’un désir inconscient de voir cette personne disparaître – révélation qui, même si elle surprend moins aujourd’hui qu’à l’époque, dérange tout autant qu’il y a un demi-siècle. Dans sa recherche de l’origine de ces souhaits importuns, Freud s’est tourné vers la vie émotionnelle des enfants et il a proposé l’hypothèse, alors audacieuse, que dans nos jeunes années, il est de règle, et non exceptionnel, que par rapport à nos frères et sœurs, et à nos parents, nous soyons mus par des sentiments de colère et de haine, autant que d’amour et de sollicitude. Et c’est bien dans ce contexte que Freud a, pour la première fois, présenté au monde les thèmes désormais familiers de la rivalité fraternelle et de la jalousie œdipienne.

Peu de temps après la publication de son ouvrage majeur sur les rêves, son intérêt pour la sexualité infantile fait passer le thème de l’ambivalence en arrière-plan de ses écrits. Celui-ci réapparaît en 1909 quand, dans un article sur la névrose obsessionnelle, il nous rappelle que « dans toutes les névroses, on met à découvert les mêmes pulsions réprimées comme porteurs

de symptômes. [...] La haine que l'amour contient réprimée dans l'inconscient [...]⁵ ». Quelques années plus tard⁶, pour souligner l'importance essentielle de ce conflit, il introduit le terme d'ambivalence, récemment créé par Bleuler.

L'importance clinique attachée par Freud à l'ambivalence se reflète dans ses élaborations théoriques. Dans sa première topique, nous le voyons faire l'hypothèse d'un conflit intrapsychique entre l'instinct sexuel et celui du moi^{VII}. Comme il pense à l'époque que les pulsions agressives font partie des instincts du moi, il peut résumer la question ainsi : « Pulsions du moi et pulsions sexuelles peuvent facilement en venir à une opposition qui répète celle de la haine et de l'amour⁷. » Ce même conflit fondamental se retrouve dans sa deuxième topique – entre l'instinct de vie et l'instinct de mort. Il considère alors que l'ambivalence présente chez les patients névrosés a pour origine soit un échec du processus de liaison des instincts de vie et de mort, soit un effondrement plus tardif de cette liaison – à savoir, la dél liaison⁸. Une fois de plus, ce problème théorique et clinique crucial se joue donc, pour lui, au niveau de la compréhension de la manière dont le conflit entre amour et haine se voit régulé de façon satisfaisante ou non.

Les opinions varient quant au bien-fondé de la métapsychologie freudienne, et cela n'est pas près de s'arrêter. Je me suis parfois demandé si les controverses théoriques qu'elle a suscitées et le langage abstrait de sa formulation n'ont pas eu tendance à brouiller l'image si simple et si dépouillée de ce conflit qui opprime l'humanité – celui qui veut que l'on se mette en colère et que l'on souhaite blesser la personne même que l'on aime le plus. C'est là une disposition du genre humain qui a toujours occupé une place centrale dans la théologie chrétienne, et qui nous est bien connue grâce à des expressions courantes comme « mordre la main qui nous nourrit » et « tuer la poule aux œufs d'or ». C'est le thème du poème d'Oscar Wilde, *Ballad of Reading Gaol*, dont l'une des strophes précise :

Et tout homme pourtant tue la chose qu'il aime.
Que tous entendent bien cela,
Il en est qui le font d'un simple regard aigre,
D'autres d'un mot de flatterie,
Le lâche, pour le faire, utilise le baiser,
Et le courageux une épée⁹ !

C'est grâce à Freud que l'importance de ce conflit dans la vie humaine a été redécouverte et grâce à lui aussi qu'il fait pour la première fois l'objet d'une investigation scientifique. Nous savons aujourd'hui que c'est la peur et la culpabilité qu'il engendre qui sont à la base de nombreuses maladies psychiques, et que l'incapacité à faire face à cette peur et à cette culpabilité induit nombre de troubles de la personnalité, dont la délinquance chronique. Des éclaircissements théoriques seront certainement bénéfiques ; cela étant, je pense que nous pouvons déjà faire bien avancer beaucoup de nos objectifs de recherche en utilisant des concepts courants tels que l'amour et la haine, et le conflit – l'inévitable conflit – qui se fait jour en nous lorsque ces deux sentiments sont éprouvés envers une seule et même personne.

Il apparaîtra alors clairement que le cheminement du bébé ou de l'enfant dans la régulation de cette ambivalence est d'une importance critique pour le développement de sa personnalité. Si son parcours est favorable, il grandira non seulement avec la conscience de l'existence chez lui de ces tendances contradictoires, mais il sera aussi capable de les diriger et de les contrôler, et l'anxiété et la culpabilité qu'elles engendrent seront supportables. Si sa progression est moins favorable, il sera assailli d'impulsions qui lui paraîtront difficiles, voire impossibles à contrôler ; en conséquence, il souffrira d'anxiété aiguë pour la sécurité de ceux qu'il aime, et il aura peur aussi du châtiment qui, selon lui, ne manquera pas de s'abattre sur ses épaules. C'est là que réside le danger – le danger que la personnalité ait recours à une manœuvre ou à une autre venant créer plus de difficultés

qu'elle n'en résout. Par exemple, le fait que l'enfant ait peur de la punition en représailles attendu à son hostilité – sous forme d'actes, comme d'intentions, sachant qu'il n'est jamais facile pour lui de différencier clairement les deux – le conduit fréquemment à davantage d'agression. Ainsi, on découvre très fréquemment qu'un enfant agressif agit selon le principe que l'attaque est la meilleure défense. De même, la culpabilité peut engendrer une exigence compulsive de réconfort et de démonstrations d'amour et, lorsque ces demandes ne sont pas satisfaites, conduire à davantage de haine et donc davantage de culpabilité. Ce sont là des cercles vicieux, conséquences d'un développement défavorable de la capacité à réguler l'amour et la haine.

De plus, lorsqu'un jeune enfant manque de confiance en sa capacité à contrôler ses impulsions menaçantes, il risque, sans le vouloir, d'avoir recours à un éventail de mécanismes psychiques primitifs et plutôt inefficaces, censés protéger ceux qu'il aime du préjudice et le préserver lui-même de la douleur d'un conflit qui paraît insoluble autrement. Ces mécanismes psychiques, dont la répression des composantes du conflit – parfois la haine, parfois l'amour et parfois les deux –, le déplacement, la projection, la surcompensation, etc., ont une chose en commun : au lieu de faire apparaître le conflit au grand jour et de permettre sa gestion en tant que tel, ils constituent une fuite et un déni de son existence même. Pas étonnant qu'ils soient si peu efficaces !

Avant d'en arriver à notre thème principal – les conditions qui, dans l'enfance, favorisent ou retardent le développement de la capacité à réguler le conflit –, je veux souligner autre chose : il n'y a rien de malsain dans le conflit. Bien au contraire : c'est une situation parfaitement normale chez chacun d'entre nous. Chaque jour de notre vie, nous découvrons une fois encore que si nous souhaitons aller dans un certain sens, nous devons abandonner d'autres pistes tout aussi désirables ; nous découvrons en fait que nous ne pouvons pas manger notre gâteau et le conserver entier. Chaque

jour donc, il nous revient la tâche d'arbitrer des intérêts rivaux en nous-mêmes et de réguler des conflits entre des impulsions inconciliables. D'autres animaux ont le même problème. Lorenz¹⁰ rapporte qu'auparavant, seul l'homme était considéré comme victime de pulsions conflictuelles, alors que l'on sait aujourd'hui que tous les animaux sont constamment assaillis d'impulsions incompatibles les unes avec les autres, comme l'attaque, la fuite et l'approche sexuelle.

Un bel exemple est celui du rouge-gorge^{VIII}. Mâle et femelle ont le même plumage, ils ont tous deux la gorge rouge. Au printemps, le mâle se constitue un territoire et a tendance à attaquer tous les intrus porteurs de cette caractéristique. Cela signifie que, lorsqu'une partenaire potentielle entre dans son territoire, la première impulsion du mâle est de l'attaquer, et sa première impulsion à elle, c'est de fuir. Ce n'est que lorsqu'elle lui fait du charme que l'hostilité du mâle se trouve inhibée et qu'une réaction de parade se déclenche chez lui. Dans les premières phases de cour, donc, les deux partenaires sont dans un état de conflit, le mâle est partagé entre l'attaque et les avances sexuelles, et la femelle entre le flirt et la fuite.

Toutes les recherches récentes en psychologie et en biologie ont montré sans aucun doute possible que le comportement, celui d'autres organismes ou celui de l'homme lui-même, résulte d'un conflit quasi constant entre des impulsions en interaction permanente : ni l'homme en tant qu'espèce ni le névrosé en tant que sous-groupe en souffrance n'a le monopole du conflit. Ce qui caractérise ceux qui sont malades sur le plan psychique, c'est leur incapacité à réguler leurs conflits de manière satisfaisante.

Les conditions créatrices de difficultés

Que savons-nous alors des conditions qui créent des problèmes ? Nul doute que ce qui rend le conflit difficile à réguler est d'abord l'intensité de ses composantes. Dans le cas de l'ambivalence, si la pulsion^{IX} visant à

obtenir la satisfaction libidinale^X, ou celle de blesser et de détruire la personne aimée, sont exceptionnellement fortes, le problème de la régulation du conflit augmente inévitablement. Freud en a pris conscience dès le début. Très tôt dans son œuvre, il rejette l'idée que c'est l'existence ou la nature des conflits vécus qui distinguent ceux dont le psychisme est sain de ceux qui n'ont pas cette chance ; il fait plutôt l'hypothèse que, chez les psychonévrosés, « ces désirs affectueux ou hostiles à l'égard des parents ne soient qu'un grossissement de ce qui se passe de manière moins claire et moins intense dans l'esprit de la plupart des enfants¹¹ ». Une telle vision a été largement confirmée par l'expérience clinique, ces cinquante dernières années.

Une des clés de l'éducation consiste donc à traiter l'enfant de façon qu'aucune des deux pulsions menaçant la personne aimée – l'avidité libidinale et la haine – ne devienne trop intense. Contrairement à certains analystes, plutôt pessimistes quant à la force innée des pulsions infantiles, je pense que cette situation peut être facilement réglée chez la plupart des enfants grâce à une chose – la présence de parents aimants. Si un bébé ou un jeune enfant dispose de l'amour et de la compagnie de sa mère et rapidement aussi de son père, il grandit sans pression excessive de ses désirs libidinaux et sans propension trop forte à la haine. S'il n'est pas dans ce cas, ses désirs libidinaux risquent d'être importants, ce qui signifie qu'il recherchera constamment l'amour et l'affection, et qu'il aura en permanence tendance à haïr ceux qui ne lui en donnent pas, ou qui semblent à ses yeux ne pas lui en donner.

Le besoin capital du bébé et de l'enfant de recevoir de l'amour et d'être rassuré est aujourd'hui bien connu, pourtant certains protestent contre cette idée. Pourquoi un bébé devrait-il avoir de telles exigences ? Pourquoi ne peut-il se satisfaire de moins d'amour et d'attention ? Comment pouvons-nous faire en sorte que les choses soient plus faciles pour les parents ? Peut-être un jour, lorsque nous en saurons davantage sur les besoins libidinaux du

jeune enfant, serons-nous à même de décrire plus précisément le service minimal à lui accorder. D'ici là, il serait sage pour nous de respecter ses besoins et de prendre conscience que leur déni engendre souvent chez lui de puissantes forces d'exigence libidinale et de propension à la haine, à l'origine de grandes difficultés ultérieures tant pour lui que pour nous.

Ne minimisons pas les problèmes que rencontrent les femmes qui doivent faire face aux besoins d'un bébé. Par le passé, lorsque les études longues ne leur étaient pas ouvertes, le conflit était moindre entre carrière et exigences familiales, même si la frustration chez les femmes intelligentes et ambitieuses n'était pas moins forte. Aujourd'hui les choses sont très différentes. Elles sont les bienvenues dans des professions où elles en sont venues à jouer un rôle indispensable, comme dans les domaines liés à la santé et au bien-être des enfants, où elles figurent en tout premier plan. Comme toute croissance et tout développement, ce progrès a cependant créé des tensions, et beaucoup parmi vous ce soir connaissent directement le problème de régulation des exigences conflictuelles entre famille et carrière. La solution n'est pas simple, et ceux d'entre nous qui ont la chance de ne pas être confrontés à cette difficulté sont mal placés pour ériger des lois vis-à-vis de l'autre sexe quant à la manière dont il devrait le régler. Espérons qu'avec le temps, notre société, largement organisée pour satisfaire les hommes et les pères, s'ajustera aux besoins des femmes et des mères, et que les traditions sociales évolueront pour guider chacun vers la sagesse.

Revenons maintenant à notre thème et penchons-nous sur ce qui se passe lorsque, pour une raison ou une autre, les besoins du bébé ne sont pas satisfaits suffisamment et en temps voulu. Depuis quelques années, je me suis intéressé à l'étude des effets pervers de la séparation des jeunes enfants d'avec leur mère une fois qu'ils ont établi des liens affectifs avec elle. J'ai fait ce choix de thème de recherche pour plusieurs raisons : premièrement, les résultats ont une application immédiate importante ; deuxièmement, c'est un domaine où l'on peut obtenir des données relativement solides et montrer

ainsi, à ceux qui sont encore très critiques vis-à-vis de la psychanalyse, qu'elle peut revendiquer un statut scientifique ; enfin, l'expérience du jeune enfant séparé de sa mère nous offre une illustration spectaculaire, bien que dramatique, de ce problème central à la psychopathologie – la création d'un conflit si aigu que les moyens normaux de sa régulation s'en trouvent dépassés.

Nous avons actuellement la quasi-certitude que si la séparation du jeune enfant d'avec sa mère, une fois établis des liens affectifs avec elle, se révèle si nocive pour le développement de sa personnalité, c'est à cause de l'intensité des exigences libidinales et de la haine engendrées à cette occasion. Nous savons depuis quelques années que de très nombreux petits enfants se languissent et se tourmentent intensément à leur arrivée à l'hôpital ou dans une pouponnière et que, de retour à la maison, une fois ces émotions dissipées, ils s'accrochent alors désespérément à leur mère et la suivent partout. L'intensité exacerbée de leurs exigences libidinales n'a pas besoin d'être soulignée. De même, nous avons découvert combien ces enfants rejettent leur mère lorsqu'ils la revoient, l'accablant d'accusations amères pour les avoir abandonnés.

De nombreuses illustrations de l'hostilité intense à l'encontre de la figure la plus aimée ont été rapportées par Anna Freud et Dorothy Burlingham dans leurs comptes rendus sur les Hampstead Nurseries pendant la guerre. Un exemple particulièrement poignant est celui de Reggie qui, sauf sur une période de deux mois, avait passé toute son existence à la pouponnière depuis l'âge de 5 mois. Lors de son séjour, il avait établi

deux relations passionnées avec deux jeunes nurses qui se sont occupées de lui à des moments différents. Le deuxième attachement a été brutalement interrompu lorsqu'il avait 2 ans et 8 mois, par le mariage de « sa » nurse. Il était complètement perdu et désespéré après son départ, et il a

refusé de la regarder lorsqu'elle est venue lui rendre visite, quinze jours plus tard. Il détournait la tête lorsqu'elle lui parlait, mais il s'est mis à fixer la porte qui s'était refermée sur elle après son départ. Le soir, dans son lit, il s'est redressé et il a dit : « Ma Mary-Ann à moi ! Mais je ne l'aime pas¹². »

Des expériences comme celle-ci, en particulier lorsqu'elles sont répétées, conduisent à se sentir abandonné, rejeté et mal aimé. Ce sont ces sentiments qui sont exprimés dans les poèmes tragi-comiques d'un délinquant de 11 ans, dont la mère était morte quand il avait 15 mois et qui avait ensuite vécu avec plusieurs mères de substitution. En voici quelques vers (originaux ou non, je n'en suis pas certain) écrits au cours de son traitement avec une collègue, Yana Popper, qui semblent exprimer les raisons pour lesquelles, selon lui, on l'a fait passer d'une figure maternelle à une autre :

Jumbo a eu un enfant tout de vert vêtu,
L'a enveloppé dans du papier et envoyé à la Reine,
La Reine ne l'a pas aimé parce qu'il était trop gros,
Elle l'a coupé en morceaux et l'a donné au chat,
Le chat ne l'a pas aimé parce qu'il était trop maigre,
Elle l'a coupé en morceaux et l'a donné au Roi,
Le Roi ne l'a pas aimé parce qu'il était trop bête,
L'a jeté par la fenêtre en pâture aux corbeaux.

Par la suite, alors que sa thérapeute partait en vacances, il a exprimé son désespoir d'être jamais aimé dans les mots d'une comptine traditionnelle :

Oh, mon petit chéri, je t'aime ;
Oh, mon petit chéri, je ne crois pas que tu m'aimes,

Si tu m'aimais vraiment comme tu le dis,
Tu ne partirais pas en Amérique, en me laissant au zoo.

Il est peu surprenant qu'un désespoir aussi intense soit associé à une haine de même intensité. Plus il se mettait à aimer^{XI} sa thérapeute, plus il était sujet à des crises de haine violentes, dont certaines ont failli être dangereuses. Il apparaissait clairement que les séparations répétées dans ses jeunes années avaient engendré chez ce garçon une tendance à une ambivalence intense d'un niveau tel que son équipement psychique immature avait été dans l'incapacité de le gérer harmonieusement et que les mécanismes de régulation pathologiques adoptés à cette époque avaient persisté.

D'autres preuves de la manière dont la séparation d'avec la mère provoque chez un jeune enfant un besoin libidinal et une haine intenses sont apportées par une étude de mon collègue Christoph Heinicke¹³. Il a comparé les réactions de deux groupes d'enfants âgés entre 15 et 30 mois ; l'un placé en pouponnière, l'autre en crèche. Bien que les enfants des deux groupes se soient montrés soucieux de retrouver leurs parents perdus, ceux de la pouponnière ont exprimé ce désir par beaucoup plus de pleurs – en d'autres mots, plus intensément ; de même, ce sont les enfants de la pouponnière et pas ceux de la crèche qui, dans diverses situations, ont eu tendance à agir avec une violente hostilité. On peut seulement inférer que cette hostilité était initialement à l'encontre des parents absents, néanmoins certains résultats de cette étude, menée sur des bases statistiques, sont compatibles avec l'hypothèse avancée il y a quelques années¹⁴, selon laquelle un des principaux effets de la séparation mère-enfant est une intensification majeure du conflit lié à l'ambivalence.

Pour rendre compte de ce qui, dans la petite enfance, crée des difficultés dans la régulation de l'ambivalence, nous avons concentré notre attention jusqu'ici sur des expériences comme la privation maternelle^{XII}, qui induisent

des niveaux de désir libidinal et de haine particulièrement élevés. Naturellement, bien d'autres événements outre ceux-là peuvent créer des problèmes. La honte et la peur, par exemple, peuvent aussi conduire à d'importantes difficultés. Rien n'aide davantage un enfant que lui permettre d'exprimer son hostilité et sa jalousie en toute franchise, directement et spontanément, et il n'existe pas de tâche parentale de plus grande valeur à mes yeux qu'être capable d'accepter sans faire de drame des expressions de piété filiale telles que « Je te hais, Maman » ou « Papa, t'es une sale brute ». En acceptant ces éclats, nous montrons à nos enfants que nous n'avons pas peur de la haine et que nous sommes sûrs qu'elle peut être contrôlée ; par ailleurs, nous apportons à l'enfant l'atmosphère de tolérance favorable au développement du contrôle de soi.

Certains parents trouvent difficile de croire en la sagesse ou en l'efficacité de telles méthodes, et pensent que l'on doit inculquer aux enfants que la haine et la jalousie sont non seulement mauvaises, mais potentiellement dangereuses. Deux méthodes pour ce faire sont ainsi couramment employées. La première consiste en une désapprobation énergique par le châtiment ; la seconde, plus subtile et jouant sur la culpabilité de l'enfant, consiste à le convaincre de son ingratitudo et de la douleur, physique et morale, que son comportement inflige à ses parents dévoués. Bien que les deux méthodes visent à contrôler les passions malfaisantes de l'enfant, l'expérience clinique suggère que ni l'une ni l'autre ne sont très efficaces et qu'elles se payent du lourd tribut du malheur. Elles tendent à rendre l'enfant effrayé et coupable de ses sentiments, elles le conduisent à les enfouir, ce qui les rend encore plus difficiles à contrôler pour lui, et non l'inverse. Elles ont toutes deux tendance à créer des personnalités difficiles, la première – le châtiment – produisant des rebelles et s'il est très sévère, des délinquants ; la seconde – la honte – des névrosés coupables et angoissés. C'est en politique comme avec les enfants : à la longue, la tolérance de l'opposition porte grandement ses fruits.

Nul doute que, jusqu'ici, nous sommes en terrain familier : les enfants ont besoin d'amour, de sécurité et de tolérance. Tout cela est très bien, me direz-vous, mais devons-nous nous abstenir de frustrer nos enfants et les laisser faire ce que bon leur semble ? Les préserver à tout prix de la frustration ne conduira-t-il pas à les voir devenir en grandissant les rejetons barbares de parents piétinés, peut-on objecter ? L'argument me semble spéculatif ; mais, comme de telles conclusions sont courantes, cela vaut la peine d'en faire le tour.

Premièrement, les frustrations vraiment graves sont celles qui concernent le besoin d'amour et d'attention de l'enfant de la part de ses parents. Du moment que ce besoin est satisfait, les autres types de frustrations sont bénignes. Ce qui ne veut pas dire qu'elles soient particulièrement bonnes pour lui. En réalité, une des clés de l'art d'être un bon parent consiste à être capable de faire la distinction entre les frustrations évitables et celles qui ne le sont pas. Une quantité considérable de frictions et de colère chez les petits, et d'énerver chez les parents, peut être évitée par des techniques simples, comme celle de présenter à l'enfant un jouet approprié avant d'intervenir pour sauver la porcelaine de sa mère ou de l'inciter avec tact à faire plaisir en allant se coucher au lieu d'exiger une obéissance immédiate, ou encore de lui permettre de choisir ses aliments et la manière dont il veut manger, y compris avec un biberon, jusqu'à 2 ans et plus, s'il le souhaite. S'attendre à ce que les petits enfants se conforment à nos propres conceptions de ce qu'ils doivent manger, quand et comment, est source de tracasseries et d'irritation aussi ridicules que tragiques – d'autant plus qu'il existe aujourd'hui de si nombreuses études sérieuses démontrant l'efficacité des bébés et des jeunes enfants dans la régulation de leur alimentation, et le côté pratique pour nous d'adopter de telles stratégies¹⁵.

Cela étant, une fois admise l'existence de très nombreuses situations où la frustration peut être évitée sans dommage pour nous et avec bénéfice pour notre humeur et celle de nos chérubins, il y en a d'autres où cela ne peut être

le cas. Le feu est dangereux, la porcelaine casse, l'encre tache le tapis et les couteaux peuvent blesser un autre enfant, et le petit lui-même. Comment éviter de telles catastrophes ? La première règle consiste à aménager la maison de telle sorte que les foyers ne soient pas accessibles, ainsi que la porcelaine, l'encre et les couteaux. La seconde est une intervention bienveillante mais ferme. C'est là chose curieuse que de constater combien d'adultes intelligents pensent que la seule alternative à laisser un enfant n'en faire qu'à sa guise est de lui infliger des châtiments. Une politique d'intervention ferme, mais bienveillante, chaque fois que l'enfant fait quelque chose que nous désapprouvons engendre non seulement moins de rancœur que le châtiment, mais se révèle à la longue bien plus efficace. Que le châtiment constitue un moyen de contrôle efficace est pour moi une des plus grandes illusions de la civilisation occidentale. Pour des enfants plus âgés et des adultes, il peut servir d'auxiliaire à d'autres méthodes ; avec les plus jeunes, je le trouve totalement déplacé, parce qu'il est inutile et parce qu'il peut engendrer de l'anxiété et de la haine, deux maux bien plus grands que ceux qu'il est censé guérir.

Heureusement, avec les bébés et les jeunes enfants, qui sont bien plus petits que nous, l'intervention bienveillante est facile à mettre en œuvre ; à la rigueur, on peut soulever l'enfant et l'emporter physiquement ailleurs. Cela exige de nous une présence relativement constante, prix que les parents seraient sages d'accepter de payer, j'en suis convaincu. En tout cas, l'idée que l'on puisse contraindre les petits enfants à obéir à des règles pour qu'ils ne franchissent pas la ligne en notre absence est infondée. Les jeunes enfants apprennent rapidement ce que nous aimons et ce que nous n'aimons pas, mais ils ne disposent pas de l'appareil psychique nécessaire pour respecter sans faute nos souhaits lorsque nous ne sommes pas là. À moins de terrifier l'enfant pour qu'il ne bouge pas, punir les plus petits est voué à l'échec et ceux qui s'y emploient se condamnent à la frustration et à l'épuisement. Le meilleur exemple de la mise en œuvre d'interventions fermes mais

bienveillantes est donné par les enseignants de maternelle, et les parents peuvent en apprendre beaucoup.

Notons que cette technique d'intervention bienveillante, non seulement évite de susciter la colère et la rancœur, même inconscientes, inséparables du châtiment selon moi, mais elle offre à l'enfant un modèle de régulation efficace de ses conflits. Elle lui montre que sa violence, sa jalousie et son avidité peuvent être maîtrisées par des moyens pacifiques et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir recours à des méthodes extrêmes de condamnation et de châtiment qui, une fois imitées par l'enfant, risquent d'être déformées par son imagination primitive et de se transformer en culpabilité pathologique et en autopunition implacable. Il s'agit bien sûr d'une technique fondée sur l'idée présentée par Donald Winnicott, à la suite de Melanie Klein – selon laquelle il existe en tout être humain le germe d'une moralité innée qui, si on lui laisse la chance de se développer, procure à la personnalité de l'enfant les fondements émotionnels du comportement moral. Contrairement à la psychanalyse classique qui trouve dans le cœur humain confirmation de l'idée de péché originel, cette approche reconnaît comme originels la bonté et le souci d'autrui, qualités qui prendront l'ascendant si elles ne sont pas entravées. C'est une vision de la nature humaine d'un optimisme prudent, et que je pense justifiée.

Les problèmes émotionnels des parents

Après avoir détaillé certaines conditions d'éducation susceptibles de favoriser le développement sain de la capacité à réguler le conflit, il est temps maintenant de considérer la question du point de vue des parents. Souhaitons-nous que ceux-ci se montrent éternellement aimants, tolérants et adeptes du contrôle bienveillant, peut-on se demander ? Je ne crois pas... et en tant que parent, je ne le souhaite pas. Nous, parents, avons aussi nos sentiments de colère et de jalousie, et que cela nous plaise ou non, ils vont

s'exprimer parfois, volontairement ou pas. Ce que je crois, et ce que j'espère sans aucun doute, c'est que lorsque l'arrière-plan affectif et relationnel global est de bonne qualité, l'explosion ou la gifle occasionnelles sont de peu de conséquence ; cela a certainement pour avantage de soulager nos émotions et probablement aussi de montrer à nos enfants que nous avons les mêmes problèmes que les leurs. De telles manifestations spontanées d'émotions, suivies sans doute d'excuses si nous sommes allés trop loin, se distinguent nettement du châtiment avec son présupposé formel de connaissance du bien et du mal. La maxime de Bernard Shaw de ne jamais battre un enfant en dehors d'une crise de colère est un bon conseil.

Un point que les adultes sans enfant feront bien de garder à l'esprit est qu'il est toujours beaucoup plus facile de s'occuper des enfants d'autrui que des siens. Le lien affectif, dans les deux sens, entre parents et enfants, conduit ces derniers à se comporter toujours de manière plus infantile avec leurs parents qu'avec les autres. On entend trop souvent des personnes bien intentionnées remarquer qu'un enfant se comporte admirablement avec elles et que son attitude infantile et problématique avec sa mère est due au fait qu'elle ne sait pas s'y prendre avec lui : on l'accuse généralement de le gâter ! De telles critiques sont souvent déplacées et révèlent bien plus souvent un manque de connaissance des enfants chez l'accusateur que l'incompétence des parents. La présence de la mère ou du père suscite inévitablement des émotions primitives et tumultueuses que n'engendrent pas d'autres personnes. Cela est vrai y compris chez les oiseaux. Les jeunes pinsons, tout à fait capables de se nourrir seuls, se mettent immédiatement à réclamer de la nourriture de manière infantile dès qu'ils aperçoivent leurs parents.

Les parents, et en particulier les mères, sont des personnes très décriées, notamment, je le crains, par les professionnels, médecins et non-médecins. Cela étant, il serait absurde de prétendre que nous ne commettons pas d'erreurs. Certaines sont faites par ignorance, mais beaucoup proviennent de

problèmes affectifs inconscients issus de notre propre enfance. Le travail en clinique de guidance infantile révèle dans certains cas que les difficultés des enfants sont liées à l'ignorance de leurs parents quant aux effets négatifs de la privation maternelle ou des châtiments excessifs et prématurés, par exemple ; mais bien plus fréquents sont les troubles liés apparemment aux difficultés émotionnelles des parents eux-mêmes, dont ils ne sont que partiellement conscients et qu'ils ne peuvent contrôler. Parfois, ils ont lu tous les livres les plus récents sur l'éducation et ont assisté à toutes les conférences des psychologues dans l'espoir de découvrir comment s'occuper de leurs enfants, et pourtant les choses ont quand même mal tourné. De fait, l'échec éducatif de nombreux parents ayant « des notions de psychologie » a conduit les cyniques à dénigrer celles-ci. Je pense qu'ils se trompent. Cela étant, nous devons prendre conscience que ce n'est pas seulement ce que nous faisons qui importe, mais la manière dont nous le faisons. Une alimentation à la demande offerte par une mère anxieuse et ambivalente conduira sans doute à bien plus de problèmes qu'une routine à heures fixes proposée par une mère heureuse et détendue. Même chose pour les méthodes modernes ou anciennes d'apprentissage de la propreté. Cela ne signifie pas que les méthodes modernes ne sont pas plus adaptées ; cela signifie qu'elles ne constituent qu'une partie de ce qui est important et que les êtres humains dès la naissance sont plus sensibles aux attitudes émotionnelles de ceux qui les entourent qu'à toute autre chose.

Il n'y a rien de mystérieux à cela ; point besoin d'évoquer un sixième sens. Les très jeunes enfants accordent de l'importance aux intonations, aux gestes et aux expressions faciales, bien plus que les adultes, et dès le départ, les bébés sont extrêmement sensibles à la manière dont on les manipule ^{16 XIII}. Une mère très anxieuse que j'ai en consultation m'a raconté qu'elle a découvert que son petit garçon de 18 mois, qui est selon elle excessivement pleurnichard et collant, se comporte très différemment selon la manière dont elle quitte la pièce. Si elle se lève brutalement et se précipite pour empêcher

la casserole de déborder, il se met à pleurer et à exiger son retour. Si elle quitte la pièce calmement, il remarque à peine son départ. S'occuper correctement d'un enfant relève autant de la compréhension intellectuelle, que je ne dénigre pas, que de la sensibilité du parent aux réactions de son enfant et de sa capacité à s'adapter intuitivement à ses besoins.

Cela n'a rien de nouveau. Nous entendons constamment les enseignants, entre autres, affirmer qu'un enfant souffre en raison de l'attitude de l'un de ses parents, généralement sa mère. On nous rapporte qu'elle est excessivement anxieuse ou qu'elle est toujours sur son dos, hyperpossessive ou rejetante, et de tels commentaires sont régulièrement justifiés. Mais ce que les critiques ne prennent généralement pas en compte, c'est l'origine inconsciente de ces attitudes négatives. Il en résulte trop souvent que les parents égarés se voient soumis à un mélange d'exhortations et de reproches, aussi inappropriés et inefficaces les uns que les autres.

Une approche psychanalytique éclaire immédiatement l'origine des difficultés des parents et offre une manière rationnelle de les aider. La grande majorité des problèmes qu'ils rencontrent, vous ne serez pas surpris de l'apprendre, vient de leur incapacité à réguler leur propre ambivalence. Lorsqu'on devient parent, cela engendre de puissantes émotions, des émotions aussi fortes que celles qui lient le petit enfant à sa mère ou les amoureux l'un à l'autre. Chez toutes les mères en particulier, il existe le même désir de possession totale, la même dévotion et le même désintérêt pour les autres personnes. Mais, malheureusement, à ces délicieux sentiments d'amour s'ajoute trop souvent une dose – j'hésite à le dire – une dose de ressentiment, voire de haine. Il paraît si étrange et si horrible que l'hostilité fasse irruption dans le ressenti de la mère ou du père envers son bébé que certains d'entre vous peuvent avoir du mal à y croire. Et pourtant, c'est une réalité, parfois bien sombre, vécue par le parent et par l'enfant. Quelle en est l'origine ?

Il est encore difficile d'expliquer cette hostilité, mais il paraît clair que les émotions qui nous envahissent en tant que père et mère sont très proches de celles suscitées par nos parents et notre fratrie dans notre enfance. Une mère qui a souffert de privation maternelle, si elle n'est pas devenue incapable d'affection, éprouvera sans doute un besoin intense de s'approprier l'amour de son enfant et pourra aller très loin pour s'assurer de l'obtenir. L'adulte jadis jaloux d'un petit frère en viendra à éprouver une hostilité sans fondement envers le nouveau « petit étranger » dans la famille, un sentiment particulièrement courant chez les pères. Un parent dont l'amour pour sa mère a été entaché de rébellion contre ses exigences pourra très mal vivre les demandes de son bébé et les détester.

Selon moi, le problème ne réside pas dans le simple retour d'émotions anciennes – sans doute plus ou moins présentes en chaque parent –, mais dans l'incapacité à tolérer et à réguler ces émotions. Ceux qui, dans leur enfance, ont éprouvé une intense ambivalence envers leurs parents et leurs frères et sœurs, et qui ont alors eu inconsciemment recours à l'un des nombreux moyens primitifs et précaires de résolution du conflit abordés précédemment – la répression, le déplacement, la projection, etc. – ne sont pas préparés à la réactualisation de ce conflit lorsqu'ils deviennent parents à leur tour. Au lieu de reconnaître la véritable nature de ce qu'ils ressentent envers leur enfant et d'ajuster leur comportement en toute connaissance de cause, ils se trouvent mus par des forces dont ils ignorent tout et se demandent pourquoi ils ne parviennent pas à être aussi aimants et patients qu'ils le souhaiteraient. Leur difficulté vient du fait que cette résurgence de l'ambivalence est gérée, sans qu'ils le sachent, par les mêmes mécanismes primitifs et précaires utilisés par eux à un âge précoce où ils ne disposaient pas de meilleure stratégie. Ainsi, une mère qui craint constamment pour la vie de son bébé n'est-elle pas consciente de son impulsion à le tuer^{XIV}, et, adoptant la même solution que dans son enfance vis-à-vis de ses désirs de mort envers sa propre mère peut-être, elle mène un inutile combat sans fin

pour le protéger de dangers venant d'ailleurs – accidents, maladies, imprudence des voisins. Un père qui en veut à son bébé de monopoliser sa femme et qui affirme avec insistance que tant d'attention est mauvaise pour lui ne se rend pas compte qu'il est motivé par le même type de jalousie que celle ressentie, enfant, à l'arrivée d'un cadet. Il en est de même pour la mère poussée à s'approprier l'amour de son enfant et qui, par un infini sacrifice d'elle-même, tente de s'assurer qu'il n'a aucune excuse de ressentir pour elle autre chose que de la gratitude et de l'amour. Une telle mère qui, à première vue, semble si aimante, engendre inévitablement une grande rancœur chez son enfant en exigeant ainsi son amour, ainsi qu'une grande culpabilité, par ses affirmations d'être une si bonne mère que seule la gratitude lui revient. Son comportement montre qu'elle n'est pas consciente d'être digne d'amour, car elle n'en a jamais reçu lorsqu'elle était petite. Selon moi, je tiens à le répéter, ce qui pose problème aux enfants, ce n'est pas simplement que leurs parents aient des motivations de ce genre, mais que ces derniers ignorent ce qui les mobilise et qu'ils aient involontairement recours à la répression, à la rationalisation et à la projection pour résoudre le conflit qui les habite.

Il n'existe probablement rien de plus dangereux pour une relation que l'attribution de ses propres fautes à autrui, le transformant en bouc émissaire. Les bébés et les jeunes enfants en sont malheureusement de parfaits, car ils manifestent si crûment tous les péchés qui incombent à la chair : ils sont égoïstes, jaloux, sexy, sales, ils piquent des colères, se montrent obstinés et avides. Un parent coupable à ses propres yeux de l'un de ces défauts risque de se montrer d'une intolérance irrationnelle lorsqu'ils se manifestent chez son enfant. Il le harcèle par ses vaines tentatives d'éradiquer le vice. Je me souviens d'un père qui, perturbé toute sa vie par la masturbation, tentait d'empêcher son fils de s'y livrer en le plaçant sous un robinet d'eau froide chaque fois qu'il le voyait toucher ses parties génitales. En agissant ainsi, le parent intensifie la culpabilité de l'enfant, ainsi que sa peur et sa haine de

l'autorité. Certaines des relations familiales les plus toxiques, conduisant à des troubles graves chez les enfants, sont engendrées par des parents qui repèrent la paille dans l'œil de leur enfant pour éviter de voir la poutre dans le leur.

Tout praticien d'orientation analytique intervenant dans un centre de guidance infantile ne peut manquer d'être impressionné par la fréquence de ce type de troubles émotionnels, et d'autres du même ordre, chez les parents des enfants en consultation, ou par la manière dont les problèmes des parents ont apparemment créé ou exacerbé ceux de leurs enfants. En réalité, ils sont si fréquents que, dans de nombreux centres, on se préoccupe autant d'aider les parents à résoudre leurs difficultés émotionnelles que d'aider les enfants à faire de même. Il est donc étonnant de s'apercevoir que c'est un aspect des troubles psychiques qui semble avoir été quasiment inconnu de Freud et, sans doute pour cette raison, que ce soit une question qu'il reste aux psychanalystes, selon moi, à examiner avec attention. Et pourtant, elle me semble porteuse d'espoir pour l'avenir. L'expérience limitée dont nous disposons indique qu'un soutien professionnel aux parents, dans la période critique entourant la naissance et dans les premières années de la vie de l'enfant, contribue grandement à les aider à développer avec leur bébé la relation pleine d'affection et de compréhension que tous ou presque appellent de leurs vœux. Nous savons que les premières années de vie d'un enfant, où s'établissent, sans qu'il en soit conscient, les fondations de sa personnalité, constituent une période critique dans son développement. C'est, de la même façon, une période critique pour ce qui est de devenir une mère et un père. Lors de cette phase initiale de la parentalité, le ressenti des parents semble plus accessible qu'après, souvent ils recherchent du soutien et l'accueillent favorablement, et, comme les relations familiales sont encore malléables, celui-ci se révèle efficace. Une aide somme toute limitée, lorsqu'elle est professionnelle et apportée à ce moment précis, peut ainsi avoir un impact à long terme. Si ce raisonnement est juste, alors l'arrivée

d'un bébé est le moment stratégique pour s'attaquer au cercle vicieux qui voit des enfants perturbés devenir plus tard des parents perturbés qui, à leur tour, s'occuperont de leurs enfants d'une manière telle que la génération suivante développera des troubles identiques ou similaires. L'avantage d'intervenir auprès d'enfants en bas âge est aujourd'hui bien connu ; nous défendons maintenant l'idée que les parents aussi devraient être aidés rapidement après leur « naissance » en tant que tels !

Reconnaitre qu'une des principales causes des erreurs commises par les parents réside dans le fait que ce qu'ils ressentent pour leurs enfants est déformé par des conflits inconscients issus de leur propre enfance est une notion qu'il reste encore à introduire dans la pensée contemporaine. Cela se révèle non seulement troublant et inquiétant pour les parents, dont la plupart espèrent assez naturellement que les difficultés familiales résident ailleurs que dans leur propre cœur, mais c'est aussi déroutant pour les professionnels, médecins et non-médecins, que de découvrir qu'une grande majorité des problèmes auxquels ils sont confrontés appartiennent à un domaine apparemment intangible, dont ils ignorent tout et dans lequel ils n'ont pas été préparés à intervenir. Il n'en demeure pas moins que telle est la réalité, et que si l'objectif est d'apporter aux parents une aide éclairée qui leur permettra de devenir les bons parents qu'ils cherchent à être, les professionnels devront parvenir à une bien meilleure compréhension du conflit inconscient et de son rôle dans la perturbation du lien parent-enfant. Cela constitue un problème majeur, bien trop vaste pour que nous le traitions ce soir.

Conflit extrapsychique et conflit intrapsychique

Le point de vue que je défends, comme on peut le constater, s'appuie sur l'idée que la mauvaise santé psychique et le malheur sont, dans la majorité

des cas, causés par des influences de l'environnement qu'il est en notre pouvoir de modifier. En psychanalyse comme dans d'autres branches de la psychiatrie, dans toutes les sciences biologiques en réalité, les contributions respectives de l'inné et de l'acquis font constamment l'objet de débats. Notre problème est de comprendre pourquoi un individu grandit sans grandes difficultés dans sa vie pulsionnelle ^{XV}, tandis qu'un autre en est assailli. Les variations dans le patrimoine héréditaire tout comme dans l'influence de l'environnement jouent, sans aucun doute, un grand rôle. Pourtant, Freud lui-même, sans doute parce que sa première hypothèse environnementale (concernant l'influence de la séduction infantile) s'est révélée erronée, hésitait à expliquer les difficultés de ses patients par des variations dans l'environnement, et, avec l'âge, il semble avoir été de plus en plus convaincu qu'il était assez vain de chercher à atténuer la force du conflit infantile par des modifications de cet environnement. Il a été suivi en cela par de nombreux analystes. Ainsi certains non seulement affirment que ceux d'entre nous qui se montrent plus optimistes se trompent, mais craignent encore qu'en insistant sur le rôle de l'environnement, nous nous détournions de cet élément crucial qu'est le conflit intrapsychique. Il faut bien admettre que ce danger existe et que des analystes ont écrit des livres sur l'éducation des enfants centrés principalement sur le conflit extrapsychique – à savoir, le conflit entre les besoins de l'enfant et les possibilités de satisfaction limitées offertes par l'entourage. Comme je l'ai déjà indiqué, le conflit extrapsychique entre les besoins internes et les possibilités externes de satisfaction est, je pense, tout à fait réel ; cependant, je souhaite insister sur le fait qu'il n'a par lui-même qu'une portée limitée sur le développement psychique, selon moi. Ce qui importe au niveau de l'environnement extérieur, c'est dans quelle mesure les frustrations qu'il impose ainsi que ses autres modalités d'influence conduisent au développement d'un conflit intrapsychique sous une forme et avec une intensité telles que l'appareil psychique immature du bébé et du jeune enfant se trouve dans l'incapacité de

le réguler correctement. C'est ce critère qui devrait nous permettre de juger du bien-fondé des pratiques éducatives, et c'est en abordant le problème sous cet angle que la psychanalyse peut, à mon sens, se révéler d'une contribution majeure.

Bien que je souscrive sans réserve, voire avec enthousiasme, à l'idée que les situations réelles vécues par un bébé ou par un jeune enfant ont une importance cruciale dans son développement, je répète que je ne souhaite pas donner l'impression que nous savons aujourd'hui comment permettre à tous les enfants de grandir sans troubles affectifs. Nul doute que nous en savons déjà beaucoup et que si nous étions à même d'appliquer nos connaissances actuelles (et compte tenu de la pénurie d'intervenants qualifiés, je crains que cela ne soit un très grand « si »), il s'ensuivrait un immense accroissement du bonheur chez l'homme et une réduction comparable de ses problèmes psychiques. Néanmoins, il serait déraisonnable de supposer que notre savoir est déjà tel que nous puissions garantir qu'un enfant ayant vécu telle et telle expérience grandira sans problème majeur. On doit affronter des questions délicates comme celle des déformations liées aux fantasmes de l'enfant et ses interprétations erronées de ce qui l'entoure ^{XVI}, dont je n'ai rien dit ce soir, mais éventuellement aussi d'autres problèmes dont l'origine nous échappe totalement à l'heure actuelle. Même concernant ceux que nous commençons à comprendre, nos connaissances sont encore minces et pas suffisamment fondées sur des données recueillies de manière systématique. Nous avons donc grand besoin de faire des recherches, sachant que plus notre compréhension augmente, plus s'accroissent les possibilités de travaux féconds.

Seul l'avenir dira quelles approches scientifiques se révéleront les plus fructueuses. Toute recherche est un pari et nous devons miser sur les chevaux qui retiennent nos faveurs. Je suis enclin à soutenir ceux issus de croisements. Il me semble probable que les études sur la motivation des jeunes enfants, en particulier celles qui s'intéressent à la manière dont une

mère et son bébé établissent leur relation très intense, préoccupation si essentielle à la psychanalyse, auront tout à gagner en précision et en clarté de l'application de concepts et de méthodes de recherche dérivés de l'école européenne d'étude du comportement animal dirigée par Lorenz et Tinbergen et plus connue sous le nom d'éthologie. Je présume également que notre compréhension du monde cognitif que se construisent bébés et jeunes enfants, qu'ils habitent et finissent par modeler, fera de grands progrès grâce aux concepts et aux méthodes de recherche initiés par Piaget. On peut s'attendre de la même façon à ce que la théorie de l'apprentissage éclaire les processus d'acquisition qui apparaissent dans les premiers mois et les premières années, critiques pour l'émergence d'une personnalité nouvelle. Cependant, bien que de telles contributions soient indispensables selon moi, elles se révéleront stériles si elles ne sont pas constamment interprétées à la lumière des connaissances acquises par le contact étroit avec la vie émotionnelle des enfants et de leurs parents dans un cadre clinique, par des méthodes comme celles créées par Melanie Klein, Anna Freud et d'autres analystes d'enfants, fondamentalement inspirées par l'homme dont nous fêtons cette semaine le centenaire de la naissance.

Post-scriptum

La plupart des thèmes abordés dans cette intervention sont repris dans d'autres conférences du présent ouvrage. Pour un compte rendu de travaux plus récents sur le développement de la relation mère-bébé, voir Stern¹⁷.

I. *Childcare* traduit ici par « éducation » signifie l'attention que l'on porte aux enfants et non le seul fait de prendre soin d'eux sur le plan physique, c'est l'amour dans ses manifestations concrètes (voir Bowlby, J., *Le lien, la psychanalyse et l'art d'être parent*, op. cit., et Wiart, Y., *L'attachement, un instinct oublié*, Paris, Albin Michel, 2011). (N.d.T.)

II. *Mental health* est souvent traduit littéralement par « santé mentale ». Or l'adjectif renvoie à « psychique » en opposition à « physique », et non au sens strict de « maladie mentale » ou

« psychiatrique », même si c'est sans doute ici le cas. L'expression « Santé psychique », plus proche de la préoccupation globale de Bowlby, a donc été préférée dans l'ensemble des conférences. (N.d.T.)

- III. Hebdomadaire de grande diffusion, qui a cessé de paraître. (N.d.T.)
- IV. *Nurture*. (N.d.T.)
- V. « *Education* » entre guillemets dans l'original, sans doute pour souligner son caractère répressif. (N.d.T.)
- VI. Une des précédentes interventions. (N.d.T.)
- VII. L'anglais *instinct* renvoie ici à « pulsion », terme choisi par les traducteurs de Freud en français ; *instinct*, équivalent de son homonyme français, s'utilise donc pour les hommes comme pour les animaux. Il se différencie de *drive*, équivalent plus strict de « pulsion », et de *impulse*, tous deux aussi utilisés chez les animaux, d'où mes choix de traduction. Voir aussi p. 31. (N.d.T.)
- VIII. On se réfère ici au rouge-gorge européen et non à l'américain.
- IX. *Impulse*, systématiquement dans l'original. (N.d.T.)
- X. J'utilise ici et dans les paragraphes suivants la terminologie classique « exigences libidinales » ou « besoins libidinaux ». À l'heure actuelle, je ferais plutôt référence au désir d'attachement de l'enfant ou, peut-être, à ses « efforts pour s'assurer un attachement sûr ».
- XI. *Care for*. (N.d.T.)
- XII. *Deprivation of maternal care*, raccourci ici en *maternal deprivation*, est habituellement traduit par « carence de soins maternels », voir à nouveau Wiart, Y., *op. cit.* Le terme « privation » a été préféré, privation qui ne se limite pas à l'absence de la mère, mais fait référence à toute forme de violence psychologique et physique exercée sur l'enfant, le privant de l'attention et de l'amour dont il a besoin pour se développer harmonieusement. Bowlby la définit ainsi : « L'enfant dans ses jeunes années devrait vivre une relation chaleureuse, intime et sans ruptures avec sa mère (ou substitut maternel stable – une personne qui le “materne” de façon régulière), dont ils retirent tous deux joie et satisfaction, [...] une relation complexe, fertile et enrichissante, étoffée de multiples manières par les liens avec le père et avec les frères et sœurs. Une situation dans laquelle l'enfant ne bénéficie pas d'une telle relation est appelée “privation maternelle” » (*Child Care and the Growth of Love*, 1953, p. 11-12). (N.d.T.)
- XIII. Voir, par exemple, l'étude de Stewart, A.H. *et al.*¹⁹ sur les bébés qui pleurent énormément. Ils ont découvert que c'était là une réaction aux difficultés de leur mère à les manipuler de manière avisée.
- XIV. Divers états mentaux peuvent conduire une mère à craindre constamment la mort de son bébé, l'envie inconsciente de le tuer n'étant que l'un d'entre eux. On rencontre encore la perte d'un autre enfant par le passé, la perte d'un frère ou d'une sœur pendant l'enfance, et le comportement violent du père du bébé. Voir la discussion des phobies, chapitres 18 et 19 d'*Attachement et perte*, volume II.
- XV. *Impulse life*. (N.d.T.)

XVI. Les déformations liées aux fantasmes de l'enfant ont, selon moi, été grandement exagérées par la théorie psychanalytique classique. Plus on en vient à connaître de détails sur les événements de la vie d'un enfant, et sur ce qui lui a été dit, sur les conversations qu'il a surprises et sur ce qu'il a vu mais qu'il n'est pas censé savoir, plus les idées qu'il se fait du monde et de ce qui va se passer plus tard peuvent être clairement considérées comme des raisonnements parfaitement sensés. Des preuves en ce sens ont été présentées dans les derniers chapitres du deuxième volume d'*Attachement et perte* ainsi que dans tout le troisième volume.

II.

Apport de l'éthologie à l'étude du développement de l'enfant¹

À sa conférence annuelle du printemps 1957, la Société britannique de psychologie a organisé un symposium sur « La contribution des théories actuelles à la compréhension du développement de l'enfant ». J'ai été invité à parler de ce que l'on peut attendre de l'apport de l'éthologie et j'ai aussi fait des exposés sur la théorie de l'apprentissage associatif, sur la psychanalyse et sur deux théoriciens, Piaget et Freud. Ces quatre interventions ont été publiées au cours de cette même année.

Les relations de l'enfant à autrui, leur nature et leur développement sont un thème central en psychologie clinique comme en psychologie sociale. Pour aborder cette question, les psychologues ont tendance à adopter une des deux approches suivantes : s'ils sont d'orientation expérimentale et universitaire, ils privilégient une des formes de la théorie de l'apprentissage, s'ils sont d'orientation clinique, ils suivent une des tendances de la psychanalyse. Ces deux approches ont produit des travaux de valeur. Mais, tandis que les tentatives de rapprochement ont été peu nombreuses et peu couronnées de succès, la méfiance et les critiques entre partisans de part et d'autre sont monnaie courante.

Dès l'abord, les psychanalystes ont conçu les relations sociales humaines comme le produit de pulsions¹ d'origine biologique incitant l'individu à l'action. Une grande partie de la théorie psychanalytique concerne ces

pulsions, leur émergence progressive et au coup par coup dans l'ontogenèse, leur organisation graduelle et pas toujours réussie en ensembles plus complexes, les conflits surgissant lorsque deux d'entre elles ou plus sont activées et incompatibles, l'anxiété et la culpabilité qu'elles engendrent, les défenses mises en œuvre pour les gérer. Préoccupés par ces passions humaines primitives qui, en raison des mécanismes basiques qui les gouvernent, sont susceptibles, comme nous le savons à nos dépens, de nous entraîner à des actes que nous regrettons ensuite, les psychanalystes se sont souvent montrés intolérants envers l'approche des théoriciens de l'apprentissage. Il semble y avoir si peu de place dans leur théorie pour les émotions humaines ou pour des motivations irrationnelles surgies des profondeurs de l'inconscient. Pour le clinicien, le théoricien de l'apprentissage paraît toujours vouloir faire entrer de force une nature humaine débordante dans le cadre étroit d'une théorie d'où rien ne doit dépasser.

De leur côté, les théoriciens de l'apprentissage se montrent critiques envers les psychanalystes. Leurs définitions de la pulsion sont notoirement insatisfaisantes et susceptibles de verser dans l'allégorique. Alors que les études de cas existent en masse chez eux, les comptes rendus d'observations systématiques sont rares. La méthode expérimentale brille par son absence. Et, pire que tout, leurs hypothèses sont souvent formulées de telle sorte qu'il est impossible de les tester – un défaut fatal à tout progrès scientifique. La théorie de l'apprentissage, elle, affirme-t-on avec raison, définit ses termes, formule ses hypothèses de manière opérationnelle, et s'emploie ensuite à les tester par des expériences appropriées.

Moi qui m'efforce d'être à la fois clinicien et scientifique, je suis extrêmement sensible à ce conflit. En tant que clinicien, je trouve l'approche de Freud très enrichissante ; il a non seulement attiré l'attention sur des processus psychiques d'une pertinence clinique immédiate, mais sa série de concepts s'appuyant sur un inconscient dynamique constitue une manière utile

d'ordonner les données sur le plan pratique. Cependant, en tant que scientifique, je me sens mal à l'aise devant le manque de fiabilité de nombre de nos observations, le côté obscur de beaucoup de nos hypothèses et, par-dessus tout, devant l'absence de toute tradition exigeant leur vérification. C'est à ces défauts que l'on peut, selon moi, attribuer les controverses, trop souvent houleuses et stériles, qui caractérisent l'histoire de la psychanalyse. Comment, me suis-je interrogé avec de nombreux collègues, pouvons-nous soumettre la psychanalyse à une plus grande rigueur scientifique sans sacrifier l'originalité de ses contributions ?

C'est dans cet état d'esprit qu'il y a quelques années, j'ai découvert les travaux des éthologistes. J'ai immédiatement été enthousiasmé. On trouvait là un ensemble de biologistes étudiant le comportement d'animaux sauvages qui, non seulement utilisaient des concepts comme l'instinct, le conflit et les mécanismes de défense, extraordinairement semblables à ceux de notre pratique clinique quotidienne, mais qui produisaient des descriptions magnifiquement détaillées des comportements et qui avaient mis au point une méthode expérimentale pour tester leurs hypothèses. Je demeure aujourd'hui tout autant impressionné qu'à l'époque. À mes yeux, l'éthologie explore de manière scientifique les phénomènes en question. Concernant le développement du comportement social, et plus spécialement des relations familiales dans les autres espèces, elle étudie, selon moi, des comportements analogues, voire identiques parfois, à une grande partie de ceux qui sont au centre de nos préoccupations cliniques ; et elle utilise par ailleurs une méthode scientifique rigoureuse par ses descriptions de terrain et ses hypothèses fondées sur des concepts opérationnels et testés expérimentalement. Certes, ce n'est qu'une fois mise à l'épreuve de la recherche que nous saurons si elle se révèle aussi prometteuse chez l'homme qu'ailleurs. Je me contenterai d'ajouter que c'est une approche qui s'impose très favorablement à moi car je pense qu'elle peut fournir un ensemble de concepts et de données utiles dans l'exploitation et l'intégration des résultats

et des découvertes d'autres perspectives, comme la psychanalyse, la théorie de l'apprentissage et les travaux de Piaget, par exemple.

Pour présenter brièvement les caractéristiques principales de l'approche éthologique, commençons par les travaux de Darwin, non seulement parce qu'il était éthologiste avant l'invention de ce terme, mais encore parce qu'une des préoccupations majeures de l'éthologie est l'évolution du comportement par le biais de la sélection naturelle.

Dans *L'Origine des espèces*, publié il y a tout juste un siècle, Darwin consacre un chapitre à l'« Instinct », où il remarque que chaque espèce est dotée de son propre répertoire spécifique de schémas comportementaux, tout comme elle a ses particularités sur le plan anatomique. Soulignant le fait que « les instincts sont, en ce qui concerne le bien-être de chaque espèce [...], aussi importants que la conformation physique », il émet l'hypothèse que les « instincts les plus merveilleux et les plus compliqués² » trouvent leur origine dans le processus de sélection naturelle qui a conservé et accumulé au cours du temps les variations les plus avantageuses sur le plan biologique. Il illustre cette thèse par les caractéristiques comportementales de diverses espèces d'insectes, comme les fourmis et les abeilles, et d'oiseaux comme le coucou.

Depuis l'époque de Darwin, les zoologues se sont employés à décrire et à cataloguer ces schémas comportementaux typiques d'une espèce donnée et qui, bien que variables et modifiables dans une certaine mesure, sont tout autant caractéristiques de l'espèce que le poitrail coloré du rouge-gorge ou les rayures du tigre. On ne peut pas confondre l'activité de ponte de la femelle coucou avec celle de l'oie, la manière d'uriner du cheval avec celle du chien, le comportement de cour des grèbes avec celui du coq domestique. Dans chaque cas, on observe la marque d'une espèce particulière, ce qui en fait un comportement « spécifique de l'espèce » pour utiliser une expression pratique, même si elle est un peu lourde. Comme ces schémas se développent de manière caractéristique chez presque tous les individus de l'espèce et

même chez ceux qui ont été élevés en l'absence de congénères, il est clair qu'ils sont très largement hérités et non acquis. D'un autre côté, on rencontre des individus chez qui ils sont absents ou revêtent des formes particulières, et nous pouvons donc en conclure que l'environnement a aussi un rôle à jouer. Cela nous rappelle que, chez les organismes vivants, ni la structure ni la fonction n'existent hors environnement et que, malgré la puissance de l'hérédité, la forme précise de chacune dépend de la nature de cet environnement.

Les schémas comportementaux spécifiques de l'espèce, ceux qui nous intéressent ici, sont souvent d'une complexité stupéfiante. Pensez à la réalisation de la mésange à longue queue, construisant son magnifique nid à dôme recouvert de lichen. Cela implique de trouver un site, de collecter d'abord de la mousse puis de la soie d'araignée pour construire une plate-forme, et ensuite, par des mouvements latéraux, de tisser la mousse en forme de calice. Les parois s'élèvent au fur et à mesure que l'oiseau tisse le nid autour de lui, puis au-dessus de sa tête, jusqu'à former un dôme. Pendant ce temps, des lichens ont été ajoutés à l'extérieur et un orifice laissé ouvert pour l'entrée. Pour finir, les bords de celui-ci sont consolidés et le nid tapissé d'une profusion de duvet. Dans cette réalisation étonnante, on distingue quatorze types de mouvements et de combinaisons de mouvements, dont certains sont communs à diverses espèces et d'autres spécifiques à celle-ci, adaptés chacun à l'environnement particulier du couple nicheur, mais tous organisés dans le temps et l'espace pour aboutir à la réalisation d'une structure cohérente, sans pareille dans la nature, avec une fonction vitale pour la survie de la race des mésanges à longue queue³.

D'autres schémas sont beaucoup plus simples. Lorsque l'on secoue le nid d'un merle, des petites têtes hideuses jaillissent, avec une gigantesque bouche ouverte ; quand on place un poussin d'un jour sur une table où l'on a disposé des graines, il se met rapidement à les picorer avec adresse et précision. Mais, même ces schémas plus simples sont loin d'être si basiques.

L'ouverture du bec des jeunes merles est provoquée et orientée par une configuration visuelle aussi bien que par le fait de secouer le nid, le picorage du poussin est organisé dans l'espace et dans le temps de manière que chaque grain de nourriture soit saisi correctement. Il est évident que de tels schémas comportementaux ne peuvent être de simples réflexes. Pour commencer, leur organisation est plus complexe et vise un comportement global ; ensuite, une fois activés, ils sont souvent dotés, semble-t-il, d'une dynamique motivationnelle qui leur est propre et qui ne cesse que dans des circonstances particulières.

Les éthologistes étudient ces schémas comportementaux spécifiques de l'espèce, le terme venant du grec *ethos* qui signifie « la nature de la chose⁴ ». Depuis l'époque de Darwin, leur objectif majeur est resté la taxonomie, c'est-à-dire la classification des espèces par rapport à celles, vivantes et éteintes, qui sont les plus proches. Car il a été montré qu'en dépit d'une possible variabilité, la relative fixité de ces schémas chez les différentes espèces de poissons et d'oiseaux est telle qu'elle permet une classification aussi fiable que celle obtenue sur la base de l'anatomie. Une visite au centre de recherche de Lorenz en Allemagne fait rapidement apparaître le vif intérêt qu'il porte à la révision de la classification taxonomique des canards et des oies en fonction de leurs schémas comportementaux. De même, un des principaux objectifs de Tinbergen est de réaliser un inventaire descriptif complet des nombreuses espèces de goélands sur la base de leur comportement. J'insiste sur ces points pour vous faire bien saisir que ces schémas comportementaux sont spécifiques de l'espèce, qu'ils sont hérités et tout autant dans la nature de l'organisme que ses propres os.

À cet instant, j'ai conscience que certains d'entre vous peuvent ressentir une certaine impatience. Oui, pouvez-vous vous dire, tout cela est fort intéressant et est sans doute vrai des poissons et des oiseaux, mais est-on seulement sûr que cela s'applique aux mammifères, sans parler de l'homme ?

Le comportement des mammifères ne se distingue-t-il pas par sa variabilité et le rôle joué par l'apprentissage ? Est-on certain qu'il existe chez eux des schémas comportementaux innés ? Les éthologistes répondront : oui, il est vrai que le comportement des mammifères est plus variable et que l'apprentissage y joue un grand rôle, néanmoins chaque espèce a ses spécificités propres en la matière – pour ce qui est, par exemple, de la locomotion, de l'alimentation, de la cour et de l'accouplement, et des soins aux petits – et il paraît peu probable que ces schémas comportementaux soient entièrement acquis. En outre, comme Beach l'a montré pour le rat, et Collias et Blauvelt pour la chèvre, utiliser les mêmes méthodes et la même conceptualisation des données se révèle aussi efficace dans l'étude de leur comportement que dans le cas des vertébrés inférieurs. Il n'existe pas plus de signe de rupture nette dans ce domaine entre les poissons, les oiseaux, et les mammifères, qu'au niveau anatomique. Au contraire, malgré l'introduction de nouvelles caractéristiques majeures, on observe toutes les marques d'un continuum évolutif. Les schémas comportementaux innés semblent demeurer aussi importants dans la médiation des processus biologiques fondamentaux chez les mammifères que dans les autres espèces ; et comme l'homme partage avec les mammifères inférieurs les composantes anatomiques et physiologiques de ces mécanismes, il paraîtrait étrange qu'il ne partage pas au moins quelques-unes de leurs composantes comportementales.

Dans une optique taxonomique, la description précise des schémas comportementaux peut suffire, mais, pour une science du comportement, il faut en savoir beaucoup plus. Nous avons en particulier besoin d'obtenir un maximum d'informations sur la nature des conditions, à la fois internes et externes à l'organisme, qui régissent un comportement donné.

Pour ce qui est des conditions externes, les éthologistes ont apporté une contribution majeure à nos connaissances. Heinroth a été un des premiers à faire remarquer que les schémas comportementaux spécifiques de l'espèce

sont souvent activés par la perception de configurations visuelles et auditives assez simples auxquelles ils sont sensibles de manière innée. Parmi les exemples bien connus de ce phénomène, analysés grâce à des expériences avec des objets factices de formes et de couleurs diverses, on trouve la réaction de cour de l'épinoche mâle, activée par la perception d'une forme ressemblant à une femelle en gestation, l'ouverture du bec du jeune goéland argenté, provoquée par la perception d'un point rouge semblable à celui qui figure sur le bec de l'adulte, et l'attaque du rouge-gorge mâle déclenchée à la vue sur son territoire d'un ensemble de plumes rouges correspondant à celles du poitrail d'un rival. Dans ces trois cas, la réaction semble activée par la perception d'une configuration assez simple, connue sous le nom de « stimulus signal ».

Un grand nombre de travaux en éthologie ont été consacrés à l'identification de ces stimuli signaux, déclencheurs de différents schémas comportementaux spécifiques de l'espèce chez les poissons et les oiseaux. Comme nombre de ces schémas sont médiateurs de comportements sociaux – de cour, d'accouplement, de nourrissage des petits et de suite des parents par ces derniers –, la nature des interactions sociales s'en est trouvée grandement éclairée. Dans des douzaines d'espèces, on a montré que le comportement lié à l'accouplement et au parentage est contrôlé par la perception de stimuli signaux émis par d'autres membres de la même espèce, comme le déploiement de la queue ou la couleur du bec, un chant ou un cri, dont les caractéristiques essentielles correspondent à des configurations assez simples. De tels stimuli signaux sont connus sous le terme de « déclencheurs sociaux ».

Que le stimulus externe nécessaire soit ou non aussi simple chez les mammifères que chez les poissons ou les oiseaux a fait l'objet d'une discussion récente de Beach, le psychologue américain, dont les travaux sur l'accouplement du rat mâle et sur la récupération des petits par la femelle sont basés sur des méthodes et des concepts semblables à ceux de l'école

européenne d'éthologie fondée sur la zoologie. Après de nombreuses expériences, Beach et Jaynes⁵ sont parvenus à des conclusions qui, à première vue, semblent ranger les rats dans des catégories différentes de celles des rouges-gorges ; les deux types de réaction, concluent-ils, dépendent d'un ensemble de stimuli de nature multisensorielle. Néanmoins, ils demeurent prudents et, dans une communication personnelle, Beach a attiré mon attention sur la possibilité avancée par Tinbergen, selon laquelle « si on découpe la réaction maternelle d'ensemble de la femelle adulte en segments ou en sections individuelles, il se peut très bien que chacun des éléments de la séquence soit en réalité contrôlé par un signal sensoriel simple ». En outre, dans la même communication, il m'a fait remarquer que « le comportement des très jeunes mammifères peut très bien être régi par des contrôles sensoriels plus simples que ceux qui agissent à l'âge adulte » et qu'il est plus que probable que certains d'entre eux soient déclenchés par quelque chose qui ressemble fort à un stimulus signal. Un tel point de vue chez un chercheur de l'envergure de Beach est contraire à l'idée de l'inapplicabilité de l'approche éthologique aux mammifères.

L'expérimentation peut aussi être utilisée pour établir les conditions internes à l'organisme, nécessaires à l'activation d'un schéma comportemental. Parmi elles, on recense la maturation du corps et du système nerveux central, par exemple le vol chez les oiseaux en développement, et l'équilibre endocrinien comme pour le comportement sexuel chez tous les vertébrés ou presque. Il y a encore le temps écoulé depuis la dernière manifestation du comportement, car il est bien connu que de nombreuses activités instinctives se déclenchent moins facilement après une récente activation qu'après une période de repos. Chez la grande majorité des animaux, l'excitation sexuelle surgit plus difficilement après la copulation qu'avant. Ce changement et d'autres du même ordre sont clairement causés par une modification dans l'état de l'organisme lui-même et, dans de nombreux cas, les expériences montrent que celle-ci se produit au

sein du système nerveux central. Pour rendre compte de ces changements, Lorenz⁶ a fait l'hypothèse de l'existence d'une série de réservoirs, remplis chacun d'une « énergie spécifique de l'action » adaptée à chaque schéma comportemental. Il pensait que chaque réservoir était contrôlé par une valve (le mécanisme de déclenchement inné ou MDI) qui s'ouvrait à la perception du stimulus signe adéquat, de telle sorte que l'énergie spécifique de l'action se décharge dans la réalisation du comportement en question. Lorsque l'énergie était épuisée, le comportement cessait. Il supposait qu'ensuite la valve se refermait, l'énergie recommençait à s'accumuler et, au bout d'un moment, le processus pouvait se répéter. Ce modèle psycho-hydraulique de l'instinct avec son réservoir et une accumulation d'« énergie » ressemble de toute évidence à la théorie des instincts proposée par Freud, et il ne paraît pas improbable que ces deux hommes aient été conduits à proposer des modèles semblables dans leur effort pour expliquer des comportements semblables.

Quoi qu'il en soit, ce modèle psycho-hydraulique est aujourd'hui discrédité. Il n'est plus défendu ni par Lorenz ni par Tinbergen et, pour ma part, j'espère que le jour viendra où il sera aussi abandonné par les psychanalystes. Car il est non seulement d'une mécanique grossière, mais il échoue à rendre compte des données. De nombreux travaux expérimentaux ont récemment montré que les schémas comportementaux prennent fin, non pas en raison d'une énergie hypothétique dont ils seraient à court, mais parce qu'ils ont été « étouffés » ou « éteints ». Plusieurs mécanismes psychologiques peuvent avoir cet effet, comme l'habituation, qui concerne le comportement à long terme. À court terme, on en trouve un autre, illustré par des expériences sur des chiens privés d'œsophage. Ceux-ci ont permis de découvrir que les actions de manger et de boire s'éteignent en fonction de stimuli proprioceptifs et/ou intéroceptifs au niveau de la bouche, de l'œsophage et de l'estomac, déclenchés, chez l'animal non opéré, par l'acte lui-même ; en d'autres termes, il existe un mécanisme de feedback négatif.

Une telle extinction n'est due ni à la fatigue ni à la satiété du besoin de nourriture ou de boisson ; en revanche, l'acte en lui-même engendre le stimulus de rétrocontrôle qui y met fin⁷.

Tout aussi intéressantes sont les observations des éthologistes indiquant que les stimuli extéroceptifs sont à l'origine de l'extinction des comportements autant que de leur déclenchement. Moynihan⁸, par exemple, a montré que l'instinct de couvaison de la mouette rieuse n'est satisfait que lorsqu'elle peut couver un ensemble d'œufs correctement rangés. Tant qu'il en est ainsi, elle reste tranquille. Si des œufs sont enlevés ou déplacés, elle s'agit et elle a tendance à produire des mouvements de nidification. Cette agitation continue jusqu'à ce qu'elle retrouve les stimuli correspondant à une pleine couvée soigneusement disposée. De même, Hinde⁹ a observé qu'au début du printemps, la simple présence d'une femelle pinson conduit à une atténuation du comportement de cour du mâle, comme le chant et la recherche. En sa présence, il est tranquille ; en son absence, il s'active. Dans ce cas, où un schéma comportemental socialement approprié est éteint par un stimulus signal émanant d'un autre membre de la même espèce, on pourrait sans doute parler d'un « suppresseur social » parallèle avec le déclencheur social.

Les concepts de déclencheur et de suppresseur sociaux se révéleront sans doute utiles chez l'homme dans l'étude des interactions sociales non verbales, en particulier celles qui ont un contenu affectif ; j'y reviendrai ultérieurement lorsque j'aborderai l'application possible de ces idées à la recherche sur le développement de l'enfant.

Notre modèle de base du comportement instinctif est donc celui d'un schéma comportemental spécifique à l'espèce régi par deux mécanismes complexes, un qui contrôle son activation, l'autre son extinction. Il n'est pas rare de découvrir que plusieurs schémas distincts, dont chacun vaut la peine d'être étudié en détail, s'assemblent pour constituer des comportements aussi complexes que la cour ou la construction du nid. La fonction biologique de

ces schémas et de leur organisation à un niveau supérieur est de servir les processus vitaux du métabolisme et de la reproduction ; ils sont la contrepartie comportementale des mécanismes physiologiques liés aussi au métabolisme et à la reproduction, depuis longtemps étudiés par la physiologie. Comme ces derniers, leurs caractéristiques principales sont innées dans chaque espèce et, ainsi que Darwin l'a suggéré il y a un siècle, les variations héritées sont soumises à la sélection naturelle comme pour le reste du bagage héréditaire.

Naturellement, ce modèle n'est pas spécifique à l'éthologie. Au moins un psychologue expérimental¹⁰ en a indépendamment élaboré un autre similaire, sachant que la plupart des données sur le rôle des stimuli intéroceptifs ont été recueillies par des psychologues et des physiologistes. Cela illustre la complémentarité de l'éthologie et de la psychologie. Non seulement elles se complètent mais, à la suite de William James, des psychologues se sont intéressés aux phénomènes étudiés par les éthologistes et certains d'entre eux, comme Yerkes et Beach, ont permis des avancées notables dans le domaine. La principale contribution des éthologistes est d'avoir analysé une séquence comportementale instinctive, comme la cour ou la construction du nid, en la décomposant en comportements complexes, régis chacun par son propre mécanisme élaboré, dans une organisation d'ensemble de niveau supérieur ; d'avoir isolé les caractéristiques innées de ces schémas ; et d'avoir découvert le rôle majeur des stimuli extéroceptifs dans leur activation comme dans leur extinction.

Avant d'aborder l'application de ces notions à la recherche sur le développement de l'enfant, je souhaite m'attarder brièvement sur deux autres concepts que l'on doit à la fois aux éthologistes et aux psychologues – les phases sensibles du développement¹¹ et la régulation des conflits. Ceux-ci sont essentiels en psychanalyse et la compréhension croissante que nous en avons intéressé tout particulièrement les cliniciens.

On a remarqué qu'au cours du développement d'un individu, des schémas comportementaux spécifiques de l'espèce traversent souvent des phases sensibles, où certaines caractéristiques se fixent de manière permanente ou presque. Ces phases, très courantes, même si elles ne sont pas nécessairement très précoces, affectent le développement de quatre manières différentes, au moins :

- a) selon que la réponse se développe ou non ;
- b) selon l'intensité avec laquelle elle se manifeste ensuite ;
- c) selon la forme motrice spécifique qu'elle revêt ;
- d) selon les stimuli particuliers qui la déclenchent et qui y mettent un terme.

a) Les schémas qui apparaissent chez tous les membres d'une espèce lorsqu'ils grandissent dans un environnement « ordinaire » peuvent être totalement absents lorsque celui-ci est carencé d'une manière ou d'une autre. Ainsi, on a montré que la réaction de picorage présente chez tous les poussins d'un jour dans un environnement ordinaire ne se développe jamais si l'animal est placé dans le noir pendant les quatorze premiers jours de son existence¹¹. De même, chez les jeunes colverts, la tendance à suivre un objet en mouvement, dont le pic de sensibilité est atteint seize heures après la naissance, ne se développe pas si pendant les quarante premières heures, le caneton ne dispose d'aucun objet à suivre¹². Dans chaque cas, la période sensible de « mobilisation » de la réponse a été manquée, et celle-ci n'apparaît donc pas du tout.

b) Dans d'autres cas, le schéma peut se développer normalement mais, à cause d'une expérience particulière dans l'enfance, il se manifeste chez l'adulte avec une fréquence inhabituelle. Un des exemples bien connus est celui du comportement de stockage du rat adulte après quelques jours de frustration de nourriture. Les individus qui, rats, ont été soumis, à un âge spécifique, à une période de frustration alimentaire intermittente, ont tendance à stocker bien davantage de boulettes de nourriture que ceux qui

n'ont pas vécu une telle expérience. Ce travail a, bien sûr, été mené par un psychologue expérimental, Hunt¹³.

c) Dans de nombreux cas, la partie motrice du schéma fait l'objet d'un apprentissage et, dans certains d'entre eux, on a découvert qu'il n'est possible qu'à une période donnée. Un des exemples les mieux étudiés est le chant chez les pinsons. Thorpe¹⁴ a montré que certaines caractéristiques de celui-ci se développent, y compris lorsque l'oiseau est élevé seul, tandis que d'autres sont acquises, et que cet apprentissage est limité à des périodes spécifiques de la première année de l'individu. Le chant qu'il apprend à ce moment-là est celui qu'il conserve toute sa vie.

d) Les stimuli déclencheurs et suppresseurs d'un schéma comportemental peuvent être d'ordre général au départ, pour être ensuite plus ciblés par apprentissage. On a découvert que ce processus de restriction aussi peut être limité à une brève période de la vie. Les travaux de Lorenz¹⁵ sur l'« empreinte » chez les jeunes oies sont bien connus : alors qu'au départ un oison suit n'importe quel objet en mouvement dont la taille se situe dans des limites assez larges, après quelques jours, il ne suit plus que ceux auxquels il s'est habitué, que ce soit une mère oie ou un homme ; et il se comporte ainsi qu'il ait ou non reçu de la nourriture et du réconfort de la part de l'objet en question. Un autre exemple célèbre est celui de l'agneau orphelin élevé chez le fermier qui opère une fixation sur les humains et évite ensuite toute relation sociale avec les moutons.

Pour terminer, j'aimerais attirer votre attention sur la découverte montrant que dans la vie quotidienne ordinaire des animaux, des situations de conflit ne cessent de se produire. Finie, l'époque où l'on croyait que seul l'homme était affligé de pulsions^{III} conflictuelles ; nous savons aujourd'hui que les oiseaux et les bêtes de toutes sortes y sont aussi sujets. Nous savons, en outre, que l'issue de ces conflits est très variée, et qu'elle peut se révéler mal adaptée comme chez l'homme. Il n'est pas nécessaire de soumettre les animaux à des tâches insurmontables pour qu'ils fassent des choses stupides ;

chez les mammifères, une légère distraction de la jeune mère peu de temps après la mise bas porte atteinte au mécanisme sensible régulant les tendances^{IV} potentiellement conflictuelles, visant d'un côté à absorber le placenta et de l'autre à s'occuper de ses petits, et peut donc l'amener à continuer de manger jusqu'à ce qu'elle dévore et le placenta et ses petits. L'étude des modes de régulation des conflits chez l'animal et des conditions qui conduisent un individu à adopter une stratégie inadaptée a encore, selon moi, bien des choses à nous apprendre. Je m'attends personnellement à ce que nous découvrions là aussi l'existence de phases sensibles de développement, à l'issue desquelles se détermine le mode de régulation utilisé ensuite régulièrement par un individu donné. C'est à cette question – celle des phases sensibles du développement du mode de régulation des conflits – que je souhaiterais voir la recherche répondre plus spécifiquement ; car je suis sûr que la solution de ce problème nous apportera une clé dans la compréhension de l'origine des névroses. À ma connaissance, personne ne s'y est encore intéressé à ce jour.

Application des concepts de l'éthologie à l'étude du développement de l'enfant

On vient donc de voir les principaux concepts avancés par les éthologistes. Dans leur ensemble, ils constituent une approche très différente de celle de la théorie de l'apprentissage ou de la psychanalyse, bien que compatible avec certaines de leurs composantes essentielles. Qu'elle conduise ou non à une meilleure compréhension des données sur le développement de l'enfant et qu'elle stimule ou non la recherche en quantité et en qualité reste à démontrer. Mais il est indubitable que cette approche permet de voir les choses avec un autre regard et d'entreprendre des travaux d'un genre différent. À titre d'illustration, prenons l'exemple de deux caractéristiques bien connues du comportement social du nourrisson – le

sourire et la tendance, après le sixième mois, à s'attacher à une figure maternelle familière.

James Barrie nous a raconté que, lorsque le premier bébé a souri, son sourire a explosé en une myriade d'éclats et chacun est devenu une fée. Je suis tout à fait prêt à y croire. Le sourire des bébés est chose puissante, laissant leur mère sous le charme et captivées. Qui peut douter que le bébé qui récompense volontiers sa mère d'un sourire est le mieux aimé et celui dont on s'occupe le mieux ?

Dans ces remarques introductives, je plonge directement dans une description et une explication éthologiques du sourire du nourrisson. Je vous le présente comme un déclencheur social – un schéma comportemental, probablement spécifique de l'espèce humaine, qui dans des circonstances normales se met en place dans les premières semaines de la vie, et dont l'une des fonctions est de susciter le comportement maternel de la mère. Plus encore, je suggère qu'il s'est développé au cours de l'évolution de l'espèce humaine grâce à un taux de survie différent favorisant les bébés les plus souriants. En regardant les choses sous cet angle, je vais bien entendu m'intéresser à l'identification des conditions, internes et externes au nourrisson, nécessaires au déclenchement de ce sourire et à celles conduisant à son extinction. Je vais notamment me demander s'il répond à des stimuli signaux visuels et auditifs, et s'il fait ou non l'objet, d'une manière ou d'une autre, de phases sensibles de développement. Je m'attends en outre à ce qu'il participe à l'organisation plus globale des schémas comportementaux constituant le « comportement d'attachement » du bébé un peu plus âgé – à savoir l'ensemble des comportements qui unit l'enfant à sa figure maternelle. Des recherches dans cette optique ont été entreprises à la Tavistock Clinic par mon collègue Anthony Ambrose ¹⁶.

Une telle approche qui s'intègre aisément à la théorie de l'apprentissage contraste avec celle consistant à se limiter rigoureusement au cadre de cette théorie.

Il y a une vingtaine d'années, Dennis¹⁷ a remarqué que les jeunes bébés (de 7 à 16 semaines) sourient à un visage humain et à sa voix. Puisque, en tant que théoricien de l'apprentissage, il était persuadé que ces stimuli ne pouvaient être inconditionnels, il a mené des expériences pour identifier la nature du stimulus inconditionnel. Sa méthode a consisté à s'occuper de bébés de manière telle que leur nourrissage et autres soins leur soient autant que possible dispensés sans qu'ils voient un visage humain ou sans qu'on leur parle ; il s'attendait à pouvoir déterminer, avec le temps, ce à quoi les bébés souriaient naturellement. Ses résultats se sont cependant révélés contraires à ses attentes ; les bébés élevés de cette façon souriaient toujours à un visage humain, et aucun autre stimulus n'était aussi efficace. Il en a donc conclu qu'il n'avait obtenu aucune preuve de l'existence d'un stimulus inconditionnel du sourire auquel le visage humain aurait pu servir de stimulus conditionné.

Cela étant, Dennis ne pouvait en croire ses yeux. Ignorant les travaux d'Heinroth et de Lorenz, il a continué à écarter la possibilité que le visage humain constitue en lui-même le stimulus inné efficace, sur le principe (erroné) qu'il n'existant aucune preuve d'une spécificité semblable dans le contrôle sensoriel des réponses innées chez les animaux. Il s'est lancé à la place dans une théorie spéculative selon laquelle le sourire survient en réponse à un conditionnement « à n'importe quel stimulus annonçant au bébé la fin de sa détresse ». Il est clair que son recours exclusif à la théorie de l'apprentissage, même si cela lui a inspiré des expériences intéressantes, l'a empêché d'accorder le crédit nécessaire à ses propres résultats ainsi qu'à d'autres explications possibles.

Dix ans plus tard, Spitz et Wolf¹⁸ ont publié de nouveaux travaux expérimentaux sur le sourire du bébé. Par une série d'expériences avec des masques, ils ont montré que chez les bébés entre 2 et 6 mois, de race et de culture différentes, le sourire est provoqué par les caractéristiques visuelles du visage humain. Ils ont établi en outre que ces caractéristiques doivent

nécessairement inclure deux yeux, vus de face et en mouvement. Ces observations ont depuis été largement confirmées et étendues par Ahrens¹⁹, qui a aussi montré que les caractéristiques nécessaires à la production d'un sourire sont de plus en plus complexes avec l'âge. Qu'au moins un des stimuli extéroceptifs déclencheurs du sourire chez le bébé de 2 ou 3 mois soit une configuration visuelle assez simple semble hors de doute et c'est une réalité reconnue par ces deux chercheurs. Il est donc surprenant de découvrir que, dans sa composante motrice, Spitz ne le considère pas comme un schéma inné spécifique de l'espèce. Dans des communications personnelles, il m'a clairement affirmé qu'il le voit au contraire comme une réponse motrice acquise par conditionnement opérant. L'assimilant à l'apprentissage du langage par la sélection et l'usage spécifique de phonèmes existant naturellement, il écrit : « La sélection se fait par l'élimination progressive (ou l'abandon) des schémas comportementaux qui ne sont pas adaptés quant au but et par le renforcement de ceux qui le sont. C'est ce que je veux dire lorsque j'affirme que la réponse de sourire est un schéma comportemental acquis en réaction aux soins de la mère ; il est là depuis le début, parmi des douzaines de schémas comportementaux phisiologiques ; il se cristallise en réponse aux soins de la mère, c'est-à-dire à l'amorce des relations d'objet. »

L'idée qu'il soit plutôt inné chez le bébé, et qu'à l'âge d'environ 6 semaines, il soit organisé, prêt à être déclenché par les stimuli appropriés, ne recueille pas ses faveurs.

Et pourtant, rien ne semble plus probable. Après tout, de grands risques ont été pris au cours de l'évolution de l'homme. Dans son bagage, l'équilibre s'est déplacé en faveur de la flexibilité comportementale, et donc de l'apprentissage, s'éloignant ainsi de la fixité innée. Il serait néanmoins étrange que la sécurité biologique apportée par les schémas fixes ait été totalement abandonnée. Les pleurs, la succion et le sourire constituent selon moi des schémas moteurs innés parmi de nombreux autres chez nous, et ils

représentent l'assurance prise par la nature contre le risque de tout laisser au hasard de l'apprentissage.

Cela étant, je reconnais que la chose n'est pas prouvée et qu'il se peut bien qu'elle ne le soit jamais de manière absolue. Je souhaite souligner, en outre, qu'il n'y a rien dans ce tableau que je vous ai présenté qui soit incompatible avec l'idée que le sourire est influencé par l'apprentissage. Nous avons en réalité de bonnes raisons de croire que c'est le cas. Brackbill²⁰ a récemment rapporté une expérience dans laquelle deux groupes de bébés entre 14 et 18 semaines recevaient, pendant une quinzaine de jours chacun, deux niveaux différents de « récompense » pour leur sourire, à savoir une attention accrue de la part de l'expérimentateur. À la fin de la période, il existait, dans le sens attendu, une différence significative entre les deux groupes quant à la fréquence et à la persistance des sourires. La conclusion selon laquelle le sourire est influencé par un conditionnement opérant semble fondée d'après ses résultats. Toutefois, le considérer uniquement comme issu d'un tel conditionnement ne l'est pas et, comme je l'ai déjà mentionné, cela semble improbable. La marche et la course sont améliorées par la pratique, nous n'en concluons pas pour pourtant qu'elles ne sont acquises que par l'apprentissage – et si nous le faisions, nous aurions certainement tort !

Notre manière de concevoir le sourire du bébé a d'importantes conséquences ; elle influence notre formulation des questions sur le développement social de l'enfant auxquelles nous cherchons à répondre, la teneur de toutes nos conceptions de l'interaction sociale chez l'homme, et l'importance de nos préférences pour telle ou telle pratique clinique ou éducative. Envisageons brièvement son impact sur la recherche sur le développement social précoce.

Si nous adoptons le point de vue globalisant de la théorie de l'apprentissage, nous allons concevoir l'homme comme un animal dépourvu de réponses sociales innées. Nous allons alors être confrontés, comme l'ont

reconnu Heathers et Gewirtz²¹, au problème de la compréhension de la manière dont un enfant de 7 ou 8 mois développe un lien émotionnel fort à sa mère. Les travaux expérimentaux seront alors axés sur l'élucidation des conditions de ce développement par l'intermédiaire de mécanismes d'apprentissage fondés sur la satisfaction des besoins physiologiques.

Si, d'un autre côté, nous adoptons une perspective éthologique, nous agirons très différemment. Nous serons d'abord à l'affût chez le bébé de schémas comportementaux spécifiques de l'espèce qui, comme le sourire, servent l'interaction avec la mère. (Deux d'entre eux que nous soupçonnons d'appartenir à cette catégorie et que nous espérons être en mesure d'étudier à la Tavistock Clinic sont le sourire et la tendance des bébés à tendre les mains, ce qui semble toujours interprété par les adultes comme un désir d'être pris dans les bras.) Après les avoir identifiés, nous tenterons d'analyser les stimuli déclencheurs et suppresseurs auxquels ils sont sensibles. Nous nous attendons à découvrir que ces stimuli sont couramment offerts par la mère et nous les rechercherons dans son apparence, le ton de sa voix et la pression de ses bras, par exemple. Nous serons en outre attentifs aux phases sensibles que ces réponses peuvent traverser (en ce qui concerne leur maturation et leurs caractéristiques acquises), au mécanisme qui préside à l'intégration de plusieurs réponses sociales en un ensemble plus complexe, aux situations où elles entrent en conflit avec d'autres qui leur sont incompatibles comme l'hostilité ou la fuite, aux situations de « stress » qui peuvent conduire à leur désintégration temporaire, voire permanente, à leurs effets sur le comportement maternel, etc.

Il est clair que ce sont là deux programmes de recherche fort différents. En dehors du fait qu'elle cadre avec les conceptions issues de la psychanalyse et d'autres expériences cliniques, une des raisons qui conduisent à préférer l'approche éthologique est encore son efficacité avérée dans l'analyse des interactions et du développement social dans d'autres espèces, alors que la théorie de l'apprentissage, comme Gewirtz le souligne

lui-même, a été conçue pour rendre compte de phénomènes relativement plus simples et qu'il lui reste donc à faire la preuve de sa pertinence dans ces domaines.

Préférer l'approche éthologique, j'espère qu'il n'est pas nécessaire de le répéter, ne revient pas à rejeter la théorie de l'apprentissage. Au contraire, pour la compréhension de nombreux processus de changement auxquels sont soumises les composantes des schémas instinctifs, elle se révèle indispensable et donc complémentaire de l'éthologie.

De même, les travaux de Piaget²² sont aussi complémentaires de l'éthologie. Même si nous avons raison de penser que, dans les premiers mois de la vie d'un bébé, les stimuli déclencheurs et suppresseurs des schémas du comportement social correspondent à des configurations simples, cela cesse rapidement d'être le cas. Dès 6 mois déjà, les stimuli médiateurs de ce comportement incluent des percepts complexes, tandis que la deuxième année, le bébé accède à la pensée symbolique, ce qui augmente considérablement les stimuli à signification sociale. Dans la compréhension de cette évolution, les concepts de Piaget vont sans doute se révéler indispensables. Cela étant, il n'est pas nécessaire de supposer que, parce qu'un individu acquiert la capacité d'utiliser des percepts et des concepts plus complexes, il doit totalement cesser d'être influencé par des stimuli plus primitifs. Il paraît plus que probable au contraire que, comme les chimpanzés décrits par Yerkes avec tant d'empathie²³, nous continuons à subir ce type d'influences et que, dans des conditions d'anxiété et de stress, nous y soyons particulièrement sensibles.

Cela nous conduit aux relations de l'éthologie avec la psychanalyse. De toute évidence, dans la mesure où cette dernière a pour objet l'homme en tant qu'animal usant de symboles, doté d'extraordinaires capacités d'apprentissage et donc de retardement, de distorsion et de déguisement de l'expression de ses réactions instinctives, elle explore un terrain proche et complémentaire de celui de l'éthologie. Sur le plan de son intérêt pour les

réponses instinctives en elles-mêmes, il semble probable que les deux disciplines se recoupent cependant. Dans ce contexte, il est intéressant de réfléchir à l'idée exprimée par Freud, il y a plus de quarante ans, que, pour une meilleure compréhension des pulsions²⁴, la psychologie devrait recourir à l'aide de la biologie. Les avancées de l'éthologie, science biologique dans son fondement, m'amènent à penser que ce moment est aujourd'hui venu d'une reformulation possible de la théorie psychanalytique des pulsions. Ce n'est pas ici l'occasion d'une entreprise aussi vaste et aussi controversée. Il paraît clair cependant que des notions tels le narcissisme primaire et le contrôle pulsionnel comme résultant du seul apprentissage social ne seront pas privilégiées, alors que celles de relations humaines primaires, d'inévitabilité du conflit intrapsychique, des défenses qu'il mobilise et de ses modes de régulation seront centrales. Une telle reformulation pourrait déboucher sur un corpus théorique présentant davantage de cohérence et de parcimonie.

Confirmer ces théorisations par la recherche empirique sera la tâche d'une génération. Que cela soit ou non entrepris dans ce pays dépendra d'un climat au sein de la psychologie britannique qui valorise toutes ces approches, reconnaît leur complémentarité, et permet ainsi à ses étudiants de licence ou de master de se voir enseigner leurs différents principes, sans exception.

Post-scriptum

L'approche préconisée a été adoptée avec un succès notable par Mary Salter Ainsworth²⁴, ainsi que par Nicolas Blurton Jones²⁵.

Pour une présentation actualisée des concepts de l'éthologie et de ses résultats sur l'homme, voir Hinde²⁶.

I. *Instincts*, voir Conférence 1, note p. 26. (N.d.T.)

II. Dans la version originale, j'ai utilisé l'expression courante à l'époque de « phase critique de développement ». Elle comporte cependant l'inconvénient d'impliquer que tel ou tel développement survient, ou non, la réalité n'est pas si radicale. Donc, par la suite, l'expression « phase sensible de développement » a été adoptée pour signifier que, pendant cette phase, le cours du développement en question est seulement particulièrement sensible aux conditions environnementales.

III. *Impulses.* (N.d.T.)

IV. *Impulses.* (N.d.T.)

V. *Instinct* : voir note p. 26. (N.d.T.)

III.

Le deuil chez l'enfant et ses implications en psychiatrie¹

À son congrès annuel, l'Association psychiatrique américaine invite tous les ans un conférencier, généralement un psychiatre d'un pays étranger, à faire une allocution en l'honneur d'Adolf Meyer. J'ai ainsi été invité à l'édition de 1961 qui s'est tenue à Chicago au printemps. Le texte a été publié plus tard cette même année.

Depuis un demi-siècle, voire davantage, il existe une école de pensée convaincue de l'importance des expériences de la prime enfance et de l'enfance dans le développement potentiel ultérieur de troubles psychiatriques. Adolf Meyer a grandement contribué à l'essor de cette école. Il concevait le patient en tant qu'être humain et estimait indispensable de replacer les perturbations de la pensée, du ressenti et du comportement de celui-ci dans le contexte de son environnement actuel et passé, nous invitant à prêter attention à tous les détails complexes de son histoire de vie comme à autant d'indices pouvant expliquer sa maladie. « Le facteur déterminant le plus essentiel est généralement la forme de l'évolution du complexe [symptomatique], le moment, la durée et les circonstances de son déclenchement. » Bien qu'Adolf Meyer ne semble pas s'être spécifiquement intéressé aux expériences de la prime enfance, elles entrent indéniablement dans sa perspective, dans le prolongement logique de son œuvre.

L'importance de l'impact des expériences précoces sur le développement des troubles psychiatriques apparaît de plus en plus nettement. Cette hypothèse de base fait pourtant toujours l'objet d'une vive polémique. Certains soutiennent qu'elle est erronée – que les symptômes s'enracinent ailleurs que dans la prime enfance ; d'autres, qui la trouvent justifiée, sont partagés quant aux expériences spécifiques à prendre en compte. Une grande partie de la polémique est liée à la difficulté de mener des recherches satisfaisantes dans le domaine – difficulté en grande partie due à la durée importante écoulée entre les événements présumés déterminants et le début de la maladie déclarée. Pour la science de la psychopathologie, le problème est donc celui de la meilleure manière d'explorer le champ afin de s'assurer d'être en terrain solide. Mon objectif est ici de présenter les récentes avancées d'une approche de recherche, celle qui se consacre à la compréhension des effets sur le développement de la personnalité de la perte de l'attention maternelle¹ dans la petite enfance.

De nombreuses preuves se sont accumulées ces vingt dernières années indiquant une relation causale entre la perte précoce de l'attention maternelle et les troubles du développement de la personnalité². Une telle expérience semble induire des déviations courantes dans ce développement, de la formation du caractère délinquant à la propension à l'anxiété et à la dépression. Même s'il existe des psychiatres qui remettent toujours en cause cette conclusion générale, une attitude plus courante consiste à reconnaître qu'il y a certainement du vrai dans cette affaire et à demander davantage d'informations. On manque en particulier d'hypothèses sur les raisons pour lesquelles ces expériences de séparation et de privation d'attention^{II} entraînent les effets pervers qui leur sont attribués. Dans ce qui suit, je vais présenter la direction dans laquelle les preuves semblent conduire.

Cette démarche ne suit pas les canons habituels des recherches en psychiatrie, qui débutent avec un syndrome clinique plus ou moins précisément défini pour essayer ensuite de délimiter la pathologie sous-

jacente. Au lieu de cela, elle part d'une catégorie d'expériences, la perte de la figure maternelle dans la prime enfance, et elle tente à partir de là de retracer les mécanismes psychologiques et psychopathologiques qui en résultent. En médecine physiologique, ce changement d'orientation dans la recherche s'est produit il y a déjà longtemps. Dans les études sur la pathologie des infections chroniques du poumon, par exemple, il est désormais peu probable que le chercheur débute avec un groupe de cas tous porteurs d'infection chronique pour tenter de découvrir l'agent ou les agents infectieux en cause. Plus sûrement, il partira d'un agent spécifique, la tuberculose ou un virus nouvellement identifié peut-être, pour étudier les mécanismes physiologiques et physiopathologiques qu'il engendre. Ce faisant, il se peut qu'il découvre plusieurs choses qui n'ont pas de rapport immédiat avec les infections pulmonaires chroniques. Non seulement il peut aboutir à des pathologies aiguës et à des états subcliniques, mais il est à peu près certain de découvrir que l'infection d'organes autres que les poumons est l'œuvre de l'organisme pathogène qu'il a choisi d'étudier. Son centre d'intérêt n'est plus un syndrome clinique spécifique : ce sont plutôt les multiples séquelles d'un agent pathogène donné.

L'agent pathogène qui nous occupe est la perte de la figure maternelle pour un enfant entre 6 mois environ et 6 ans. Pendant les premiers mois de sa vie, un bébé apprend à discriminer une personne particulière, généralement sa mère, et il se met à aimer de plus en plus fortement sa compagnie. Après l'âge de 6 mois, il montre ses préférences sans que le moindre doute soit permis³. Pendant la seconde moitié de sa première année et pendant toute sa deuxième et sa troisième année, il est étroitement attaché à sa figure maternelle, ce qui signifie qu'il est heureux d'être avec elle et malheureux quand elle n'est pas là. Même des séparations momentanées le conduisent souvent à protester ; et celles qui sont plus longues aboutissent systématiquement à ce résultat. Après son troisième anniversaire, son comportement d'attachement se mobilise un peu moins facilement

qu'auparavant, mais le changement n'est que quantitatif^{III}. D'autres proches, par exemple son père ou sa grand-mère, peuvent aussi devenir importants pour lui, après son premier anniversaire environ, ce qui fait que son attachement n'est pas limité à une seule personne. Cependant, il existe généralement une préférence nettement marquée pour une personne donnée. À la lumière de la phylogénie, il est probable que les liens instinctifs entre un bébé humain et sa figure maternelle soient construits sur le même modèle général que chez d'autres mammifères⁴.

La majorité des enfants vivent peu de ruptures dans cet attachement primaire lors de leurs premières années. Ils habitent avec leur figure maternelle et, pendant ses moments d'absence relativement brefs, une figure familiale secondaire vient s'occuper d'eux. Toutefois, une minorité d'entre eux en rencontrent. Leur mère peut les abandonner ou mourir ; ils peuvent être laissés à l'hôpital ou dans une institution ; ils peuvent être transférés d'une figure maternelle à une autre. Ces ruptures peuvent être de courte ou de longue durée, uniques ou répétées. Ainsi, les expériences qui trouvent leur place sous l'appellation générale de privation maternelle sont multiformes et aucune étude ne peut les traiter toutes à la fois. Donc, si on veut se livrer à une recherche efficace, l'expérience en question doit être définie de manière relativement étroite pour chaque projet.

En ce qui concerne les stratégies de recherche, le chercheur a le choix⁵. Une possibilité évidente consiste à examiner un échantillon d'enfants d'un certain âge et d'adultes qui ont eu une telle expérience précoce, en vue de découvrir s'ils sont ou non différents des membres d'un groupe comparable qui n'ont pas eu ce vécu. Bien que brillamment mise en œuvre par Goldfarb⁶, cette stratégie rencontre de nombreux problèmes pratiques. Parmi les principaux, on trouve la localisation de l'échantillon adéquat, la sélection et l'examen des participants au groupe contrôle, et la mise au point d'instruments de mesure fiables des caractéristiques de personnalité censées se révéler différentes. Une autre approche consiste à étudier les réactions de

l'enfant à l'époque de l'expérience en cause et dans la période qui la suit de peu. Après avoir passé plusieurs années à suivre la première stratégie sans grand succès, mon groupe de recherche s'est concentré ces derniers temps sur la seconde, qui s'est révélée beaucoup plus prometteuse.

La séparation d'avec la mère et le deuil chez l'enfant

Nos données de base sont constituées des observations du comportement d'enfants en bonne santé d'un âge précis, à savoir dans leur deuxième ou troisième année, qui ont été exposés à une situation définie, un séjour d'une durée limitée dans une pouponnière ou dans un service hospitalier, où l'on a veillé sur eux de manière classique. Cela signifie que l'enfant a été enlevé à la garde de sa figure maternelle et de ses autres figures secondaires, ainsi qu'à son environnement familier et qu'à la place, une série d'étrangers s'est occupée de lui dans un endroit inconnu. Des données supplémentaires ont été obtenues par l'observation de son comportement à la maison pendant les mois qui ont suivi son retour, ainsi que de ce que nous en ont rapporté ses parents. Grâce au travail de James Robertson et de Christoph Heinicke, nous disposons aujourd'hui d'un ensemble considérable d'observations, dont certaines ont été publiées⁷, mais d'autres pas encore⁸. La généralisation nous paraît fiable parce que des observations faites par d'autres chercheurs⁹ présentent des séquences de réactions grandement semblables.

Dans le cadre décrit, un enfant entre 16 et 30 mois, qui a bénéficié d'une relation relativement sûre avec sa mère et qui n'a pas été séparé d'elle auparavant, manifestera généralement une série de comportements prévisibles. Celle-ci peut être découpée en trois phases selon la prédominance de son attitude envers sa mère. Nous les avons appelées phases de protestation, de désespoir et de détachement^{IV}. Au départ, il réclame le retour de sa mère en pleurant de colère et il semble avoir bon

espoir de réussir à la faire revenir. C'est la phase de protestation qui peut durer plusieurs jours. Plus tard, il se calme, mais, pour un œil averti, il est clair qu'il est toujours tout autant préoccupé par l'absence de sa mère et qu'il se languit de son retour ; cependant il n'espère plus, il est dans la phase de désespoir. Souvent ces deux phases alternent : l'espoir se mue en désespoir et celui-ci conduit à un espoir renouvelé. Mais il finit par se produire un changement plus important. Il paraît oublier sa mère de sorte que, lorsqu'elle revient le chercher, il se désintéresse étrangement d'elle, et peut même sembler ne pas la reconnaître. C'est la troisième phase – celle du détachement. Lors de chacune de ces phases, l'enfant est susceptible de piquer des colères et de présenter des épisodes de comportement destructeur, souvent d'une violence inquiétante.

Le comportement de l'enfant à son retour à la maison dépend de la phase atteinte lors de la période de séparation. Généralement, pendant un certain temps, il ne réagit pas et ne fait aucune demande, le degré et la durée de ce comportement étant fonction de la longueur de la séparation et de la fréquence des visites. Par exemple, s'il n'en a pas reçu pendant quelques semaines ou quelques mois, et qu'il a donc atteint le début de la phase de détachement, il est probable que son manque de réaction se manifeste sur une durée allant d'une heure à une journée, voire davantage. Lorsqu'il s'en défait enfin, l'intense ambivalence de son ressenti envers sa mère devient patente. Elle se manifeste par une tempête émotionnelle, un cramponnement exacerbé et, chaque fois que sa mère le quitte, même un instant, par des crises d'anxiété et de rage. À partir de là, et ce pendant des semaines, voire des mois, il peut exiger la présence de sa mère avec impatience et lui adresser des reproches pleins de colère après qu'elle s'est absenteé. Toutefois, s'il s'est trouvé loin de la maison pendant plus de six mois ou que les séparations ont été répétées, et qu'il a donc atteint un stade de détachement avancé, il y a un risque qu'il demeure détaché de façon permanente et qu'il ne retrouve jamais l'affection pour ses parents^v. Maintenant, pour

l'interprétation de ces données et leur lien avec la psychopathologie, le concept clé est celui de deuil^{VI}. Nous avons en effet de bonnes raisons de penser que la série de réactions ci-dessus – protestation, désespoir et détachement – constitue une séquence qui, sous une forme ou une autre, est caractéristique de toutes les formes de deuil. À la suite d'une perte inattendue, il semble toujours y avoir une phase de protestation pendant laquelle la personne endeuillée^{VII} tente, soit dans la réalité, soit dans ses pensées et dans son cœur, de retrouver l'être absent^{VIII} et lui reproche de l'avoir abandonnée. Lors de cette phase et pendant celle de désespoir qui lui fait suite, ses sentiments sont partagés tandis que son humeur et ses actes varient d'une attente immédiate, exigeant avec colère le retour de l'être cher, à un désespoir exprimé par un langissement^{IX} contenu – voire dénué d'expression. Bien que l'alternance d'espoir et de désespoir puisse durer longtemps, apparaît au final une certaine dose de détachement émotionnel envers la personne disparue. Après avoir enregistré une certaine désorganisation dans la phase de désespoir, le comportement se réorganise alors sur la base de l'absence permanente de l'autre. Bien que ce tableau du deuil sain ne soit pas totalement familier aux psychiatres, les preuves de sa véracité semblent irréfutables¹⁰.

Si cette conception est correcte, les réactions des jeunes enfants à leur entrée à l'hôpital ou dans une institution doivent être simplement considérées comme des variantes du processus de deuil de base. Indépendamment de l'âge, semble-t-il, le même type de réponses se produit et dans une séquence identique. Comme les adultes, les bébés et les jeunes enfants qui ont perdu une personne aimée ressentent du chagrin^X et traversent des périodes de deuil¹¹. Il semble n'exister que deux différences, qui sont liées. La première est que, chez le jeune, le processus dure moins longtemps, même s'il n'est pas aussi bref qu'on a parfois pu le croire. La seconde, fondamentale pour la psychiatrie, est que, dans l'enfance, les mécanismes qui conduisent au détachement peuvent très bien intervenir prématûrement, coïncidant avec un

intense désir^{XI} et une colère résiduels envers la personne manquante, désir et colère qu'ils viennent masquer, mais qui persistent à un niveau inconscient, prêts à resurgir. En raison de ce détachement prématûr, le processus de deuil dans l'enfance suit habituellement^{XII} un cours considéré comme pathologique chez l'enfant plus âgé et chez l'adulte.

Dès que l'on admet que la séparation d'un jeune enfant d'avec sa figure maternelle aimée déclenche couramment un processus de deuil de type pathologique, on est en mesure de rapprocher nos résultats de ceux de nombreuses autres études. D'un côté, il y a les travaux des chercheurs qui ont pris le chagrin des adultes comme point de départ de l'étude de la psychopathologie¹². De l'autre, on trouve ceux des spécialistes, plus nombreux, qui ont suivi le schéma traditionnel de la recherche en psychiatrie, qui part du cas d'un patient et tente de déterminer les événements précédents pouvant être la cause de sa maladie, et qui avancent l'hypothèse que la perte d'un être cher est d'une certaine façon pathogène.

Les recherches fondées sur cette hypothèse sont elles-mêmes de plusieurs types. D'abord, on trouve de très nombreuses études, dont *Deuil et mélancolie* de Freud¹³ constitue le prototype, qui rapportent un syndrome psychiatrique au déclenchement relativement brutal, comme les états anxieux, la dépression ou l'hystérie, à un deuil plus ou moins récent, et selon lesquelles le tableau clinique doit être entendu comme une évolution pathologique de ce deuil^{XIII}. Ensuite, il y a les travaux, presque aussi nombreux, qui rapportent un syndrome psychiatrique plus chronique, comme la tendance à la dépression épisodique ou la difficulté à ressentir des émotions, à une perte intervenue dans l'adolescence ou dans l'enfance du patient. En troisième lieu, figure le vaste ensemble de la littérature psychanalytique qui tente de lier une tendance ultérieure aux troubles psychiatriques à un défaut dans le développement psychique de l'enfance. Quatrièmement, il existe une série d'articles en augmentation régulière qui montre une incidence accrue de deuils dans l'enfance chez ceux qui, par la

suite, développent des symptômes psychiatriques ; et pour finir, on trouve l'observation frappante selon laquelle les personnes ont tendance à déclencher des troubles à un âge qui semble déterminé par un épisode de leur enfance où ils ont déploré la perte d'un parent – ce que l'on appelle les réactions d'anniversaire.

Maintenant, il n'est certainement pas possible en une seule conférence de débattre de manière systématique de la pertinence des éléments de preuve issus de chacune de ces sources. Le mieux que l'on puisse faire est de s'appuyer sur quelques études représentatives de chaque domaine (à l'exclusion des réactions d'anniversaire toutefois) et d'indiquer brièvement comment leurs résultats semblent se rejoindre. Cependant, comme toute la thèse s'organise autour de la nature des processus en jeu dans le deuil et en particulier de ceux de la phase initiale, il est indispensable de les présenter plus en détail.

Soif de retrouvailles et de reproches envers la personne disparue : son rôle dans la psychopathologie

On ne se rend pas toujours compte que la colère est une réaction immédiate, courante et presque invariable à la perte. Au lieu de concevoir celle-ci comme une indication que le deuil suit un cours pathologique – point de vue suggéré par Freud et assez communément partagé –, la recherche montre clairement qu'elle est partie intégrante de la réaction de chagrin, y compris la colère à l'encontre de la personne disparue. La fonction de cette colère semble être de fournir de l'énergie aux efforts intenses à la fois pour retrouver l'être aimé et pour le dissuader de s'éloigner à nouveau, efforts constitutifs de la phase initiale du deuil. Comme cette phase a non seulement reçu peu d'attention jusqu'ici, mais qu'elle semble en outre cruciale dans la

compréhension de la psychopathologie, il est nécessaire de l'examiner plus complètement.

En cas de décès, cette rage à retrouver la personne disparue étant de toute évidence vaine, on a eu tendance à la considérer comme pathologique en elle-même. Je pense que c'est une erreur. Loin d'être pathologique, la recherche indique que l'expression manifeste de ce puissant besoin^{XIV}, malgré son manque de réalisme et son aspect illusoire, constitue une condition nécessaire au déroulement sain du processus de deuil. Il semble que ce ne soit qu'après avoir tout essayé pour retrouver la personne perdue que l'individu soit en mesure d'admettre sa défaite et de se tourner à nouveau vers un monde dans lequel l'être aimé est accepté comme irrémédiablement absent. La protestation, y compris l'exigence rageuse de retour de l'autre et les reproches d'abandon qui lui sont adressés, fait tout autant partie de la réaction adulte à la perte, en particulier brutale, que de celle du jeune enfant.

Cela peut intriguer. Comment se fait-il que de telles exigences et de tels reproches se produisent, alors même que l'autre est si clairement perdu à tout jamais ? Pourquoi un manque de réalisme aussi grossier ? Il existe selon moi une bonne réponse à cela : elle vient de la théorie de l'évolution.

Premièrement, un examen des réponses comportementales à la perte dans les autres espèces – les oiseaux, les mammifères inférieurs et les primates – montre que ces réactions ont des racines biologiques anciennes. Bien qu'elles ne soient pas parfaitement cataloguées, les informations disponibles indiquent que de nombreuses caractéristiques observables chez l'homme, si ce n'est toutes, l'anxiété et la protestation, le désespoir et la désorganisation, le détachement et la réorganisation, sont aussi la norme dans beaucoup d'autres espèces^{XV}.

Deuxièmement, il n'est pas difficile de voir pourquoi ces réponses ont participé à l'évolution. Dans la nature, perdre contact avec son groupe familial immédiat est extrêmement dangereux, en particulier pour les jeunes.

Il est donc dans l'intérêt, de l'individu pour sa sécurité, et de l'espèce pour sa reproduction, qu'il existe des liens forts entre les membres de la famille, directe ou étendue ; et cela exige que chaque séparation, même brève, ait comme réponse un effort important, automatique et immédiat, à la fois pour retrouver la famille, en particulier le membre avec qui l'attachement est le plus intime, et pour décourager celui-ci de s'éloigner à nouveau. C'est pour cette raison, pense-t-on, que les déterminants innés du comportement (souvent appelés instinctifs) ont évolué de telle sorte que les réponses normales à la perte de personnes aimées sont toujours un besoin, d'abord de les retrouver, ensuite de les disputer. Dès lors, si cette double envie est une réaction automatique caractéristique de l'organisme, il s'ensuit qu'elle interviendra en réponse à toutes les pertes et à n'importe laquelle d'entre elles, sans distinction de savoir si elles sont réellement définitives ou non, les premières étant statistiquement plus rares. C'est une hypothèse de ce type qui, selon moi, permet d'expliquer pourquoi une personne en deuil ressent généralement un besoin irrépressible de retrouver l'autre, même si elle a connaissance de la futilité de cette tentative, et de lui faire des reproches, même si elle sait que cela n'a pas de sens.

Si ni l'effort vain de retrouver l'autre ni les reproches courroucés à son encontre pour abandon ne sont des signes de pathologie, alors, de quelle façon, peut-on se demander, le deuil pathologique se distingue-t-il de sa contrepartie saine ? L'examen des données indique que l'une des principales caractéristiques du deuil pathologique réside dans l'incapacité à exprimer ouvertement cette double envie vis-à-vis de la personne disparue, avec toute la nostalgie ^{XVI} et la colère envers le déserteur qu'elle implique. Au lieu d'une manifestation visible qui, malgré l'agitation qu'elle provoque et son absence de résultat, conduit à une issue préservant la santé, le besoin de retrouver l'autre et celui de lui faire des reproches, avec toute l'ambivalence affective qu'ils comportent, sont ici clivés et réprimés. À partir de là, ils demeurent des systèmes actifs au sein de la personnalité mais, incapables de

trouver une expression directe et manifeste, ils en viennent à influencer le ressenti et le comportement de manière étrange et déformée. D'où les nombreuses formes de névrose et de troubles de la personnalité.

Laissez-moi vous en donner un exemple, extrait d'un cas rapporté par Hélène Deutsch. Lorsqu'il s'est présenté en analyse au début de la trentaine, cet homme était sans difficultés névrotiques apparentes. Le tableau clinique était cependant celui d'une personnalité de marbre, incapable d'affection. Hélène Deutsch le décrit ainsi : « Blocage affectif absolu, qui n'était pas ressenti comme pathologique. [...] Pas de relations amoureuses, pas d'amis, aucun intérêt pour rien dans la vie. Insensibilité et apathie quelle que soit la nature des événements. Aucune ambition, aucune déception. [...] Pas la moindre réaction de deuil à la perte d'un proche, aucune animosité, aucune tendance agressive¹⁴. » Comment cette personnalité stérile et infirme s'était-elle développée ? À la lumière d'une hypothèse de deuil dans l'enfance, l'histoire du patient ainsi que du matériel issu de l'analyse permettent de construire une explication plausible.

Premièrement, l'histoire : sa mère est morte quand il avait 5 ans et on raconte qu'il a réagi à son décès sans aucune émotion^{XVII}. À partir de ce moment, en outre, il n'a plus aucun souvenir de ce qui s'est passé avant la mort de celle-ci. Deuxièmement, le matériel analytique : il rapporte comment, pendant plusieurs années de son enfance plus tard, il avait pour habitude de laisser la porte de sa chambre ouverte « dans l'espoir qu'un grand beau chien viendrait, un chien qui l'aimerait beaucoup et exaucerait tous ses souhaits¹⁵ ». Associé à ce fantasme, il y avait le souvenir d'enfance vivace d'une chienne qui avait laissé ses petits seuls et en détresse, suite à sa mort peu après leur naissance. Bien que dans son fantasme, son désir^{XVIII} caché de retrouver sa mère soit clairement évident, il n'est pas exprimé de manière simple et directe. Au lieu de cela, les souvenirs de sa mère ont disparu de sa conscience et, pour autant que des affects consciens envers elle puissent être repérés, ils étaient hostiles.

Pour expliquer le cours du développement chez ce patient, l'hypothèse que j'avance (et qui n'est pas très différente de celle d'Hélène Deutsch) est que, à la suite du décès de sa mère, au lieu d'exprimer complètement son besoin de la retrouver et sa colère liée à sa désertion, son deuil s'est mué prématûrément en détachement. Ce phénomène a conduit à un blocage du manque¹⁹ et de la colère, potentiellement actifs en lui mais coupés du monde, et seul le reste de sa personnalité est demeuré libre de continuer son développement. En conséquence, il a grandi amputé d'une partie importante de lui-même. Si cette hypothèse est juste, la tâche thérapeutique consiste à aider un tel patient à retrouver son besoin latent de sa mère perdue et sa colère latente envers elle pour l'avoir abandonné, en d'autres termes cela consiste à retourner à la phase initiale du deuil avec toute l'ambivalence affective qui, à l'époque du décès, a été soit omise, soit négligée. L'expérience de nombreux analystes, très bien illustrée dans un article de Root¹⁶, indique qu'en fait c'est seulement de cette façon qu'une telle personne peut être ramenée à une existence riche d'émotions et d'attachement.

Cette hypothèse est fortement étayée par nos observations de jeunes enfants séparés de leur mère et qui ne reçoivent aucune visite, et en particulier par ce que nous savons des stades précoce du détachement suivant la protestation et le désespoir. Dès qu'un enfant est entré dans la phase de détachement, il semble ne plus être préoccupé par l'absence de sa mère et s'adapter correctement à son nouvel environnement. Lorsque sa mère vient le chercher, loin de l'accueillir, il semble à peine la connaître et, au lieu de se cramponner à elle, il demeure distant et sans réaction ; c'est une situation que la plupart des mères trouvent pénible et incompréhensible. Si la durée de la séparation n'a pas été trop longue, c'est cependant réversible, et c'est ce qui se produit après ce renversement qui est d'un intérêt tout particulier.

Une fois l'enfant de retour auprès de sa mère depuis quelques heures ou quelques jours, le comportement détaché fait place non seulement à l'ancien attachement, mais à un attachement d'une intensité bien plus forte. Il en ressort clairement que, lors du détachement, le lien à la mère ne s'est pas tranquillement évanoui, comme Anna Freud le suggère^{17XX}, il n'a pas non plus fait l'objet d'un simple oubli. Au contraire, les données montrent que pendant la phase de détachement, les réactions qui lient l'enfant à sa mère et qui le conduisent à tenter de la retrouver sont soumises à un processus défensif. D'une certaine façon, elles sont supprimées de la conscience, tout en restant latentes, prêtes à s'activer de nouveau, avec une intensité accrue, lorsque les circonstances changent^{XXI}. Cela signifie que chez le bébé et chez le jeune enfant, l'expérience de la séparation déclenche habituellement des processus défensifs conduisant à rendre inconscients le besoin^{XXII} de la personne aimée et les reproches pour désertion. Une autre formulation consiste à dire que, dans la prime enfance, la perte a pour réponse un processus de deuil qui suit habituellement^{XXIII} un cours jugé pathologique chez l'adulte.

La question qui se pose maintenant est de savoir si les processus défensifs si frappants après une perte enregistrée dans l'enfance sont d'un genre différent de ceux observés dans le deuil sain ou s'ils interviennent aussi dans celui-ci, mais avec des variantes dans la forme ou le timing. La recherche montre qu'ils interviennent bien¹⁸, mais que, dans le processus sain, leur déclenchement est retardé. Il en résulte que le besoin de retrouver la personne perdue et celui de lui faire des reproches ont suffisamment de temps pour s'exprimer, et que donc, suite aux échecs successifs de leur expression, ils sont progressivement abandonnés ou, dans les termes de la théorie de l'apprentissage, ils s'éteignent. Ce qui semble se produire dans l'enfance (et dans le deuil pathologique à un âge plus avancé), par ailleurs, c'est une accélération du développement des processus défensifs. Le besoin de retrouver l'autre et celui de lui faire des reproches n'ont donc aucune

chance de s'éteindre : ils persistent au contraire, avec des conséquences qui sont graves.

Retournons brièvement à l'application de ces idées au cas du patient d'Hélène Deutsch. Suite au décès de sa mère quand il avait 5 ans, à la fois le manque ^{XXIV} et la colère avaient disparu de son soi conscient, semble-t-il. Mais le fantasme de la visite du chien montre qu'ils persistaient néanmoins à un niveau inconscient. Ce cas, ainsi que d'autres, indiquent que, bien qu'immobilisés, l'amour et la colère étaient restés focalisés sur le retour de la mère perdue. Ainsi, enfermés au service d'une cause sans espoir, ils n'étaient plus disponibles pour sa personnalité en développement. À la perte de sa mère s'associait la perte de sa vie affective.

Deux termes techniques courants sont en usage pour décrire les processus en jeu : la fixation et le refoulement. Inconsciemment, l'enfant reste fixé à sa mère : son besoin de la retrouver et de lui faire des reproches, ainsi que les sentiments ambivalents qui y sont associés, sont refoulés.

Un autre mécanisme défensif, intimement lié au refoulement et qui lui sert d'alternative, peut aussi se produire après une perte. C'est le « clivage du moi ¹⁹ ». Dans ce cas, une partie de la personnalité, secrète mais consciente, nie la réalité de la perte et affirme à la place soit qu'une communication avec la personne existe encore, soit qu'elle va bientôt revenir ; tandis qu'une autre partie de la personnalité partage simultanément avec ses amis et sa famille la connaissance de la perte irrémédiable de l'autre. Malgré leur incompatibilité, ces deux parties peuvent coexister pendant plusieurs années. Comme dans le cas du refoulement, le clivage du moi conduit aussi à des troubles psychiatriques.

Pourquoi, dans certains cas, la partie qui cherche encore à retrouver l'être disparu demeure consciente, alors que dans d'autres elle ne l'est pas, n'est pas clair. Pas plus que les conditions qui conduisent certains enfants à se développer sans problème alors que d'autres non ^{XXV}. C'est une question étudiée par Hilgard²⁰ Ce qui paraît certain, toutefois, c'est que le

déclenchement prématué des processus défensifs, de refoulement ou de clivage, et la fixation qui en résulte, se produit beaucoup plus aisément dans l'enfance que plus tard. C'est là que réside à mes yeux la principale explication du pourquoi et du comment ces expériences de perte précoce induisent un développement défectueux de la personnalité et une propension aux troubles psychiatriques.

L'hypothèse que j'avance est donc que, chez le jeune enfant, l'expérience de la séparation d'avec la figure maternelle est tout particulièrement susceptible de provoquer des processus psychiques aussi cruciaux pour la psychopathologie que le sont, pour la physiopathologie, l'inflammation et le tissu cicatriciel qui en résulte. Cela ne signifie pas qu'une paralysie de la personnalité soit une conséquence inévitable ; mais cela signifie tout à fait que, exactement comme dans certains cas de rhumatisme articulaire aigu par exemple, se forme trop souvent un tissu cicatriciel qui, plus tard, conduit à des dysfonctionnements plus ou moins graves. Les mécanismes en question sont, semble-t-il, des variantes pathologiques de ceux qui caractérisent le deuil sain.

Bien que cela soit une position théorique très proche de nombreuses autres dans le domaine, elle paraît néanmoins s'en démarquer. Sa force réside dans la relation qu'elle établit entre les réactions pathologiques auxquelles nous sommes confrontés chez des patients plus âgés et les réponses à la perte que l'on peut réellement observer dans la prime enfance, fournissant ainsi un lien plus solide entre les états psychiatriques ultérieurs et le vécu dans l'enfance. Intéressons-nous maintenant à la comparaison entre cette conception et certaines autres qui l'ont précédée.

Deux traditions dans la théorie psychanalytique

Au cours de ce siècle, un certain nombre de psychanalystes et de psychiatres ont cherché des liens entre troubles psychiatriques, perte d'une personne aimée, deuil pathologique et expérience infantile. Ils ont presque tous pris le patient comme point de départ.

Cela fait maintenant plus de soixante ans que Freud a esquissé l'idée que l'hystérie et la mélancolie étaient des manifestations d'un deuil pathologique consécutif à une perte plus ou moins récente²¹ et plus de quarante ans que, dans *Deuil et mélancolie*, il a développé cette hypothèse de façon systématique²². Depuis lors, une foule d'autres études ont été entreprises qui, toutes, la corroborent d'une manière ou d'une autre²³. L'expérience clinique et l'examen de la recherche laissent peu de doutes quant à la véracité de cette proposition centrale selon laquelle nombre de troubles psychiatriques sont l'expression d'un deuil pathologique – ou que parmi ces troubles on trouve les états anxieux, la dépression et l'hystérie, ainsi que plus d'une forme de perturbation de la personnalité. De toute évidence, il s'agit là de la découverte d'un champ vaste et important, dont l'exploration complète exige bien davantage de travaux.

La controverse surgit lorsque l'on en vient à se demander pourquoi certains individus réagissent à la perte de manière pathologique et d'autres non : l'hypothèse que j'avance fait partie de celles cherchant à rendre compte de l'origine de ces différences de réactions.

Une perspective qui a influencé tous les chercheurs d'orientation psychologique après lui est celle d'Abraham. Après avoir analysé plusieurs patients mélancoliques, il en est arrivé à la conclusion que « au fond, la dépression mélancolique est issue d'expériences désagréables dans l'enfance du patient²⁴ ». Il a donc fait l'hypothèse que pendant leur enfance, les mélancoliques ont souffert de ce qu'il appelle une « dysphorie originelle²⁵ ». Dans les passages de son texte, Abraham n'utilise cependant jamais les mots chagrin et deuil ; il n'est pas clair non plus s'il considérait

que la perte de la mère (ou de l'amour de celle-ci) constituait en toute vérité un deuil pour le jeune enfant.

Depuis cette époque, de nombreux autres psychanalystes ont attiré l'attention sur des expériences malheureuses dans la petite enfance de leurs patients, dans leurs efforts pour repérer les racines infantiles de la dépression et des personnalités qui semblent y être disposées. Hormis dans la tradition théorique initiée par Melanie Klein, ils sont cependant peu nombreux à avoir conceptualisé ces expériences en termes de perte et de deuil pathologique. Néanmoins, lorsque l'on étudie les expériences dont ils font état, il paraît évident que c'est là le cadre de référence qui leur convient le mieux. Je prendrai comme exemples trois patients décrits dans la littérature.

En 1936, Gerö a rapporté le cas de deux patients souffrant de dépression. L'un d'eux, conclut-il, avait été « affamé d'amour » dans son enfance ; l'autre avait été envoyé dans une pouponnière et n'était rentré à la maison qu'à l'âge de 3 ans. Tous deux faisaient preuve d'une ambivalence intense envers toute personne aimée, réaction qui, selon Gerö, pouvait être rapportée à leur expérience précoce. Pour le second patient, il évoque une fixation à la mère ainsi qu'une incapacité à lui pardonner la séparation. Edith Jacobson, dans sa vaste bibliographie sur la psychopathologie de la dépression, s'appuie régulièrement sur le cas de Peggy, une de ses patientes, dont elle décrit l'analyse dans deux articles²⁶. À son entrée en thérapie, Peggy, âgée de 24 ans, était en état de dépression grave souffrant de pulsions suicidaires et de dépersonnalisation : ces symptômes avaient été déclenchés par une perte, en fait celle de son amant. L'expérience d'enfance qui retient principalement l'attention d'Edith Jacobson s'est produite lorsque Peggy avait 3 ans et demi. C'est à ce moment que sa mère s'est rendue à l'hôpital pour accoucher, tandis que son père et elle sont restés avec sa grand-mère maternelle. Il s'est ensuivi des disputes et le départ du père. « L'enfant est demeurée seule, déçue par son père et attendant avec impatience le retour de sa mère. Cela

étant, lorsque celle-ci est revenue, c'était en compagnie du bébé. » À ce moment-là, Peggy se rappelle avoir ressenti : « Cette femme n'était pas ma mère, c'était une personne différente » (un sentiment que nous savons assez courant chez les jeunes enfants séparés de leur mère pendant quelques semaines). C'est peu après, selon Edith Jacobson, que « la petite fille a sombré dans sa première dépression profonde ».

Maintenant on peut se demander si ces patients se rappellent avec exactitude ce qui s'est produit dans leur petite enfance et si leurs analystes ont raison d'attribuer à ces faits une telle importance dans leur développement émotionnel. Mais, si nous acceptons, comme j'ai tendance à le faire, la validité de ces événements et leur importance²⁶, je pense que le concept de deuil pathologique est le mieux à même de rendre compte de la manière dont le patient a réagi à l'époque et d'établir un lien entre les événements de l'enfance et les troubles psychiatriques à l'âge adulte. Aucun des deux auteurs n'utilise ce concept, cependant. Ils emploient à la place les notions de « déception » ou de « désillusion » qui semblent avoir un sens différent.

Plusieurs autres analystes, sensibles à des degrés divers au rôle pathogène de tels événements dans l'enfance, n'assimilent pas non plus à un deuil la réaction de l'enfant à la perte. Parmi eux, on trouve Fairbairn²⁷ ainsi que Stengel qui, dans ses recherches sur l'errance compulsive²⁸, attire particulièrement l'attention sur le besoin de retrouver l'objet perdu. Je suis le troisième d'entre eux par mes travaux précédents²⁹. Il y a encore Anna Freud et René Spitz³⁰ qui, en rejetant l'idée que le deuil existe chez le bébé et le jeune enfant, ont tous deux écarté l'hypothèse que le développement du caractère psychotique et névrotique est parfois la conséquence d'un deuil dans l'enfance ayant suivi un cours pathologique.

Si la réaction de l'enfant à la perte n'est souvent pas assimilée à un deuil, c'est principalement, semble-t-il, parce qu'il existe une tradition limitant le concept de « deuil » à des mécanismes dont l'issue est saine.

Même si cet usage, comme tout autre, est légitime, il a un inconvénient majeur : il devient logiquement impossible de débattre, en tant que telles, des variantes du deuil qui peuvent sembler pathologiques.

Les difficultés dérivant de cet usage sont illustrées dans l'article d'Hélène Deutsch, « Omission du travail du deuil³¹ », dont est extrait le cas précédemment cité. Dans sa discussion figurent la reconnaissance claire de la place centrale de la perte dans l'enfance dans la production de symptômes et de déviations de la personnalité, ainsi que celle d'un mécanisme de défense qui, suite à la perte, peut engendrer une absence d'affect. Néanmoins, bien qu'elle fasse le lien entre ce mécanisme et le deuil, elle le présente davantage comme une alternative au deuil plutôt que comme une variante pathologique de celui-ci. Bien qu'à première vue, cette distinction puisse sembler n'être qu'une question de terminologie, elle a son importance. En effet, considérer le processus défensif consécutif à une perte dans l'enfance comme une alternative au deuil revient à passer à côté de l'idée que des processus défensifs du même ordre, mais de plus faible intensité et de déclenchement plus tardif, font aussi partie d'un deuil sain, et revient encore à ignorer que ce qui est pathologique n'est pas tant le processus défensif en lui-même que son intensité et la précocité de son déclenchement.

De même, bien que Freud soit, d'une part, profondément intéressé par le rôle pathogène du deuil et qu'il soit, d'autre part, surtout les dernières années, conscient de celui de la perte dans l'enfance, il semble pourtant n'avoir jamais mis le doigt sur le deuil dans l'enfance et sur sa propension à suivre un cours pathologique, comme concept reliant ces deux notions. Cela est très bien illustré par sa discussion du clivage du moi en tant que défense, auquel il a prêté une attention toute particulière à la fin de sa vie³².

Dans un de ses articles sur le sujet, il a décrit le cas de deux patients chez qui un clivage du moi était intervenu suite à la perte du père. « L'analyse de deux jeunes hommes, écrit-il, m'apprit que l'un et l'autre

n'avaient pas pris connaissance de la mort du père aimé dans leur deuxième et dixième année, [...] aucun des deux cas, cependant, n'avait évolué en psychose. Ici, donc, un morceau certainement significatif de la réalité avait reçu un déni du moi [...]. » Mais, poursuit-il, « il n'y avait qu'un courant de leur vie psychique qui ne reconnaissait pas cette mort ; un autre courant en tenait parfaitement compte ; les deux positions, celle fondée sur le désir [en l'occurrence, que le père soit toujours en vie] et celle fondée sur la réalité [que le père était mort] coexistaient³³ ». Dans cet article comme dans d'autres, Freud ne rapporte pourtant pas sa découverte de tels clivages du moi à la pathologie du deuil en général, ni à celle du deuil dans l'enfance en particulier. Il les a cependant bien reconnus comme séquelles relativement fréquentes de pertes subies au début de la vie. « Je me mis aussi à penser, commente-t-il à ce propos, que de tels événements ne sont nullement rares dans l'enfance³⁴. » Des études statistiques récentes ont montré, estimons-nous, que ses soupçons étaient fondés.

Ainsi, l'examen de la littérature révèle que, malgré l'attribution d'une signification pathogène à la perte d'un parent et à la perte d'amour, dans le courant principal de la théorie psychanalytique, l'origine du deuil pathologique et des troubles psychiatriques qui s'ensuivent n'est pas rapportée à la tendance à une évolution pathologique d'un processus de deuil suite à une perte précoce.

Je pense que c'est une des contributions majeures de Melanie Klein³⁵ que d'avoir établi ce lien. Les bébés et les jeunes enfants sont capables de deuil et traversent des phases de dépression, affirme-t-elle, et leur mode de réaction à ce moment-là détermine la manière dont, plus tard, ils répondront à d'autres pertes. Certains modes de défense, pense-t-elle, doivent se comprendre comme étant « propres à combattre cette “nostalgie” [de l'objet aimé]³⁶ ». Dans ce domaine, mon approche est semblable à la sienne. Il existe cependant des différences quant aux événements spécifiques jugés

importants, l'âge auquel ils sont censés se produire, et la nature et l'origine de l'anxiété et de l'agression.

Les pertes suggérées par Melanie Klein comme étant pathogènes appartiennent toutes à la première année de vie et sont principalement liées à l'alimentation et au sevrage. L'agression est considérée comme une expression de l'instinct de mort, et l'anxiété comme le résultat de sa projection. Je n'en suis pas convaincu. Tout d'abord, les preuves qu'elle avance quant à l'immense importance de la première année et du sevrage sont, après examen, loin d'être impressionnantes³⁷. Ensuite, ses hypothèses concernant l'agression et l'anxiété ne sont pas faciles à intégrer dans un cadre biologique³⁸. C'est, selon moi, parce que tant de personnes trouvent irréalistes les conceptions dont Melanie Klein a entouré l'hypothèse du rôle du deuil dans l'enfance que celle-ci demeure négligée. C'est dommage.

Ma position est donc la suivante : même si je ne considère pas les détails de la théorie de Melanie Klein sur la position dépressive comme une manière satisfaisante de rendre compte des raisons pour lesquelles les individus se développent de manières si diverses, que certains réagissent à des pertes futures par un deuil sain alors que d'autres le font par une forme ou une autre de deuil pathologique, je considère néanmoins que sa théorie contient les germes d'une manière très productive d'organiser les données. L'autre explication qui, à mon sens, est étayée par la recherche, est que l'objet fondamental pouvant être perdu n'est pas le sein mais la mère elle-même (et parfois le père), que la période de vulnérabilité ne se limite pas à la première année, mais qu'elle s'étend sur plusieurs années de l'enfance (comme le soutenait Freud lui-même³⁹), et que la perte d'un parent déclenche non seulement une anxiété de séparation primaire et du chagrin, mais aussi un processus de deuil dans lequel l'agression joue un rôle majeur par sa fonction de permettre la réunion. Collant parfaitement aux données, cette formulation a le mérite supplémentaire de s'intégrer aisément à une théorie biologique.

Malgré des différences substantielles, le point de vue de Melanie Klein et le mien s'accordent aussi sur bien des points. Tous deux posent comme hypothèse essentielle que les processus de deuil intervenant à ces âges précoces sont plus susceptibles que ceux vécus ultérieurement de suivre un cours pathologique et donc de laisser l'individu ensuite plus enclin qu'un autre à réagir de la même façon à une nouvelle perte. La version de cette théorie que je soutiens actuellement paraît compatible avec la majeure partie du matériel clinique publié dans la littérature, que j'ai déjà citée. Elle inclut les cas de clivage du moi de Freud, ceux d'errance compulsive de Stengel, les patients dépressifs décrits par Abraham, Gerö et Edith Jacobson, ainsi que ceux atteints de troubles de la personnalité présentés par Hélène Deutsch, Melanie Klein, Fairbairn et moi-même. Elle est aussi cohérente avec les nombreuses études publiées ces vingt dernières années montrant que l'incidence d'une perte dans l'enfance chez les patients souffrant de troubles psychiatriques et de la personnalité est significativement plus forte que dans la population générale. [*Les données statistiques jusqu'en 1967 étant présentées dans la conférence qui suit, celles qui figuraient dans la version originale de ce texte ont été omises. Une partie de leur commentaire demeure, cependant.*]

Néanmoins, l'examen de la pertinence des données statistiques pour mon propos peut faire surgir certains doutes. Premièrement, nous devons avoir conscience de l'erreur *post hoc ergo propter hoc*^{XXVII}. Deuxièmement, si nous avons raison d'affirmer une relation causale entre la perte précoce et la maladie ultérieure, il ne s'ensuit pas que l'effet se produise par l'intermédiaire des processus pathologiques décrits précédemment. Il existe de fait deux autres types de mécanismes quasi certainement à l'origine de la pathologie dans certains cas. Le premier est celui de l'identification aux parents, qui fait partie du développement sain, mais qui conduit souvent à des difficultés suite au décès de l'un d'eux^{XXVIII}. Le second est provoqué par

le parent survivant, veuve ou veuf, dont l'attitude envers l'enfant peut changer et devenir pathogène.

Il y a un autre problème auquel l'hypothèse doit répondre. Même s'il est exact qu'il existe une incidence accrue de décès des parents dans le vécu d'enfance des personnes disposées par la suite au développement de certains types de personnalité et de certaines formes de troubles, celle-ci est néanmoins faible dans l'absolu. Comment, peut-on se demander, rend-on compte des autres cas ? Il existe plus d'une explication possible.

D'abord, pour étayer mes arguments sur des bases solides, j'ai délibérément limité la majeure partie de la discussion à l'incidence du décès d'un parent. Lorsque l'on intègre les autres causes de perte parentale précoce, le pourcentage de cas concernés augmente considérablement. En outre, dans beaucoup de ceux où il n'y a pas eu d'épisodes de séparation réelle dans l'espace entre enfant et parent, on rencontre souvent néanmoins l'existence avérée de séparations d'un autre type, de gravité variable. Le rejet, la perte d'amour (à l'arrivée d'un nouveau bébé, probablement, ou à cause de la dépression de la mère), la désaffection d'un parent pour l'autre et d'autres situations du même ordre, ont comme facteur commun la perte pour l'enfant d'un parent à aimer et auquel s'attacher. Si le concept de perte en vient à recouvrir celui de perte d'amour, ces cas ne constituent plus des exceptions.

Il paraît cependant peu probable qu'une telle extension puisse englober tous les patients relevant des syndromes psychiatriques concernés. Si c'est réellement le cas, une autre explication doit être recherchée pour ceux dont la présente hypothèse ne peut rendre compte. Un examen plus approfondi du tableau clinique révélera peut-être des différences matérielles par rapport aux cas expliqués. Ou alors, l'état clinique peut se révéler essentiellement similaire mais les processus pathologiques impliqués dans les cas non expliqués ont été déclenchés par des événements de nature différente. Tant que cette possibilité et bien d'autres n'auront pas été explorées, la question

ne sera pas définitivement tranchée. Cependant, comme il existe rarement une relation simple entre syndrome, mécanismes pathologiques et expérience pathogène, les difficultés ne seront pas différentes de celles que l'on rencontre constamment dans d'autres champs de la recherche médicale.

Conclusion

La majeure partie de la recherche dans le domaine de la psychiatrie aujourd’hui est sans doute encore de loin celle qui prend comme point de départ un résultat, le patient, et qui tente de découvrir la séquence des événements, psychologiques et physiologiques, ayant conduit, semble-t-il, au développement de sa maladie. Une telle approche a fait émerger de nombreuses suggestions mais, comme toute méthode de recherche unique, elle a ses limitations. Une des caractéristiques d'une science en progrès réside dans l'utilisation d'autant de méthodes que possible. Lorsque, en médecine physiologique, la recherche s'est étendue à l'investigation systématique de divers agents pathogènes probables et de leurs effets, une immense quantité de connaissances a été récoltée. Le jour n'est sans doute pas éloigné où il en sera de même en psychiatrie.

À cause de ses implications scientifiques et pratiques, l'étude de la réaction à la perte précoce de la figure maternelle est prometteuse. Sur le plan pratique, elle nous permettra sans doute d'être bientôt à même de proposer des mesures pour empêcher au moins certaines formes de troubles psychiques. Sur le plan scientifique, elle offre de nombreuses possibilités, liées à l'identification d'un événement dans l'enfance qui est probablement pathogène, événement qui peut être clairement défini et dont les conséquences sur le développement de la personnalité peuvent faire l'objet d'une étude systématique par observation directe.

Il existe, bien entendu, beaucoup d'autres événements de l'enfance, en dehors de la perte, dont il est raisonnable de penser qu'ils contribuent aussi

au développement des troubles de la personnalité et des affections psychiatriques. On pense par exemple à l'exposition de l'enfant à un certain nombre d'attitudes de ses parents, dont se préoccupent depuis longtemps les cliniques psychiatriques et qui font l'objet de leurs efforts thérapeutiques. Pour chacune d'entre elles, la recherche doit d'abord définir l'événement ou la suite d'événements en cause, ensuite, elle doit repérer un échantillon de sujets qui en ont été victimes, pour que ses effets sur le développement psychique puissent être étudiés, et enfin, elle doit relier les mécanismes déterminés comme ayant été induits de ce fait à ceux présents chez le patient qui est tombé malade. Les conséquences d'un tel élargissement de la recherche sont immenses.

- I. *Maternal care.* (N.d.T.)
- II. *Deprivation.* Voir Conférence 1, note p. 37 (N.d.T.).
- III. Dans la version originale de cette conférence, je faisais référence à un changement dans la « force » de l'attachement. Concevoir l'attachement comme variant selon sa force s'est cependant révélé extrêmement trompeur et l'idée a été abandonnée par les spécialistes. Il est souvent utile de le concevoir comme présentant des variations sur une dimension « sécurité-anxieuse ». Voir mon développement sur ce point dans le premier paragraphe du chapitre 15 d'*Attachement et perte*, volume II.
- IV. Dans certains articles précédents, le terme « déni » a été utilisé pour qualifier la troisième phase. Il comporte cependant de nombreux inconvénients et il a été abandonné.
- V. De nombreuses variables influencent le comportement de l'enfant pendant la séparation et après, ce qui rend difficile un exposé schématique concis. La description présentée ici concerne plus particulièrement le cas d'un enfant qui n'a reçu aucune visite et qui a été pris en charge par des infirmières ou par d'autres personnes ayant peu de compréhension et peu d'empathie pour son agitation. Il est probable que la liberté de visite et une prise en charge plus éclairée atténuent les processus décrits, mais il n'existe encore que peu d'informations fiables à ce sujet.
- VI. *Mourning* : ce terme correspond à l'action de pleurer la mort de quelqu'un. Il est plus actif et spécifique que la notion de « deuil », néanmoins généralement utilisée pour le traduire. (N.d.T.)
- VII. *Bereaved person* : celui ou celle à qui la mort a enlevé un proche. (N.d.T.)
- VIII. Dans la version originale de cette conférence (et par endroits dans les deux précédentes), j'ai suivi la tradition psychanalytique qui utilise les expressions « relations d'objet », « objet d'amour » et « objet perdu ». Peu de temps après, j'en ai abandonné l'usage. Non seulement

elles sont issues d'un paradigme théorique que même en 1961 je ne partageais plus, mais je considère qu'il est gravement trompeur de faire référence à une autre personne comme à un objet, puisque cela implique que la relation s'établit avec quelque chose d'inerte, alors qu'il s'agit au contraire d'un autre être humain qui joue un rôle égal, voire supérieur, dans la manière dont la relation évolue. Lors de la réédition de cette conférence, j'ai donc changé la formulation et remplacé systématiquement « objet d'amour » et « objet perdu » par « personne aimée » et « personne perdue ».

- IX.** *Pining* : se morfondre, avec sa composante physique de dépérissement. (N.d.T.)
- X.** *Grief* : chagrin, douleur, affliction. Le mot « deuil » est souvent traduit par *grieving* ou l'action d'exprimer du chagrin. Le français semble moins nuancé dans ces diverses expressions liées à la perte d'autrui, comme on le découvre au cours de ce texte. (N.d.T.)
- XI.** *Yearning* : intense désir envers ce qui manque, nostalgie. (N.d.T.)
- XII.** Il est clair aujourd'hui que le processus de deuil chez l'enfant ne suit pas nécessairement un cours menant à la pathologie, même si c'est bien trop souvent le cas. Le terme « habituellement » utilisé ici et ailleurs dans le texte de cette conférence est donc trompeur. Les conditions qui déterminent l'issue sont discutées par Furman (Furman, E., *A Child's Parent Dies : Studies in Childhood Bereavement*, New Haven et Londres, Yale University Press, 1974.) et sont aussi présentées en détail dans la troisième partie d'*Attachement et perte*, volume III.
- XIII.** Dans cette phrase, le premier terme « deuil » correspond à *bereavement*, le fait d'avoir objectivement perdu un proche, le second à *mourning*, plus spécifique du vécu subjectif, terme cependant utilisé entre autres pour les vêtements de deuil. (N.d.T.)
- XIV.** *Urge* : désir, envie, besoin qui pousse à l'action, traduit par « soif » dans le titre du paragraphe et ultérieurement plutôt par « besoin ». (N.d.T.)
- XV.** Les preuves sont passées en revue dans Bowlby, J., « Processes of mourning », art. cit., et Pollock, G.H., « Mourning and adaptation », *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 1961, p. 341-361. Pour donner un exemple cité par Pollock : un chimpanzé mâle ayant perdu sa femelle a été observé faisant des efforts répétés pour la faire réagir. Il hurlait avec rage et exprimait par instants sa colère en s'arrachant les poils de la tête. Ensuite, on a observé des pleurs et du chagrin. Avec le temps, il s'est attaché de plus en plus à son gardien et a montré davantage de colère qu'auparavant lorsque celui-ci s'absentait.
- XVI.** *Yearning*. (N.d.T.)
- XVII.** Si un enfant ne manifeste aucune émotion à la mort de son parent, il n'est pas rare que ce soit parce qu'il n'a pas ou peu reçu d'informations sur ce qui s'est passé, et que même s'il en a eu, on ne lui a pas permis d'exprimer ses émotions ou de poser des questions à un adulte compatissant. Pour des références, voir la note *** p. 90.
- XVIII.** *Longing*. (N.d.T.)
- XIX.** *Yearning*. (N.d.T.)
- XX.** Dans une publication plus ancienne²⁰, Anna Freud adoptait toutefois un point de vue semblable à celui proné ici.

XXI. Le changement de circonstances nécessaire varie en fonction du degré auquel le détachement est parvenu. Si l'enfant est demeuré dans les phases initiales, le renouvellement de l'attachement se produit généralement suite à la réunion avec sa mère ; lorsqu'il a atteint un stade avancé, un traitement analytique peut se révéler indispensable.

XXII. *Yearning.* (N.d.T.)

XXIII. Il est clair aujourd'hui que le processus de deuil chez l'enfant ne suit pas nécessairement un cours menant à la pathologie, même si c'est bien trop souvent le cas. Le terme « habituellement » utilisé ici et ailleurs dans le texte de cette conférence est donc trompeur. Les conditions qui déterminent l'issue sont discutées par Furman (note 14) et sont aussi présentées en détail dans la troisième partie d'*Attachement et perte*, volume III.

XXIV. *Longing.* (N.d.T.)

XXV. On en sait aujourd'hui bien plus sur ces conditions ; voir notes p. 90 et p. 96 ci-dessus.

XXVI. Dans le cas de Peggy, on a tout lieu de croire que la séparation à l'âge de 3 ans et demi n'a été que le point d'orgue d'une série de perturbations dans sa relation à sa mère, décrite comme une femme dominatrice qui corrigeait l'enfant avec sévérité.

XXVII. Erreur logique qui confond séquence et conséquence, autrement dit, ce n'est pas parce qu'un événement en suit un autre que celui-ci en est forcément la cause. (N.d.T.)

XXVIII. Les troubles psychiatriques où l'identification au parent disparu joue un rôle significatif sont, depuis longtemps, un objet d'étude pour les analystes. C'est particulièrement clair dans le cas des réactions d'anniversaire (voir Hilgard, J.R., et Newman, M.F., « Anniversaries in mental illness », *Psychiatry*, 22, 1959, p. 113-121).

IV.

Conséquences comportementales de la perturbation du lien affectif ¹

Depuis plusieurs années, la Société d'eugénisme organise des conférences sur l'interaction des facteurs génétiques et environnementaux sur le développement humain. Le quatrième symposium, qui s'est tenu à Londres en 1967, était consacré aux « Influences génétiques et environnementales sur le comportement ». Le texte qui suit était une des contributions à ce symposium, et a été publiée l'année suivante.

Les médecins de famille, les prêtres et ceux qui sont doués de sensibilité savent depuis longtemps qu'il existe peu de coups infligés à l'âme dont la puissance soit supérieure à celle de la perte d'un être proche et cher. La sagesse traditionnelle reconnaît que l'on peut être écrasé de chagrin et que l'on peut mourir d'un cœur brisé, et aussi qu'un amoureux éconduit a tendance à faire des choses stupides et dangereuses pour lui-même et pour les autres. Il est bien connu aussi que l'amour et le chagrin ne sont pas ressentis envers n'importe quel autre être humain, mais seulement pour l'un d'entre eux ou pour quelques-uns, bien spécifiques. La nature profonde de ce que j'appelle un « lien affectif » est l'attriance qu'un individu donné éprouve envers un autre individu, tout aussi unique.

Jusqu'à ces dernières années, la science n'avait pas grand-chose à dire sur ces questions. Les psychologues expérimentaux, attachés à la physiologie ou à la théorie de l'apprentissage de Hull, n'ont jamais montré d'intérêt pour

les relations affectives, et ils ont parfois tenu des discours et agi comme si elles n'existaient pas. Les psychanalystes, au contraire, ont depuis longtemps reconnu leur immense importance dans la vie et dans les problèmes de leurs patients, mais ils ont tardé à concevoir un cadre scientifique approprié permettant de comprendre la formation, le maintien et les perturbations de ces liens. Le vide a été comblé par les éthologistes, avec au départ l'article classique de Lorenz sur « Le compagnon dans l'environnement propre de l'oiseau² » suivi d'une foule d'expériences sur l'empreinte³, puis d'études du comportement de lien chez les primates non humains⁴, incitant les psychologues à faire de même chez l'homme⁵.

Prévalence du lien

Avant d'aborder les effets de la perturbation du lien, une remarque sur celui-ci et sur sa prévalence est de mise. Les travaux en question montrent que, même s'ils ne sont pas universels chez les oiseaux et les mammifères, des liens forts et durables entre individus sont la règle dans de très nombreuses espèces. Les types de lien établi diffèrent d'une espèce à l'autre, les plus courants étant ceux entre le ou les parents et leur progéniture, et ceux entre adultes de sexe opposé. Chez les mammifères, y compris chez les primates, le premier d'entre eux et le plus important de tous est généralement celui existant entre la mère et son petit, lien qui persiste souvent à l'âge adulte. Tous ces travaux permettent aujourd'hui d'envisager les liens affectifs forts et durables chez les humains dans une perspective comparative.

L'établissement du lien affectif résulte du comportement social de chaque individu de l'espèce, qui varie en fonction de la nature du congénère auquel il fait face ; ce qui implique évidemment une capacité à reconnaître l'autre. Alors même que chaque membre d'un couple établi a tendance à rester à proximité de l'autre et à provoquer des comportements de maintien de proximité chez celui-ci, les individus libres de tout lien ne manifestent aucune

de ces tendances. De fait, lorsque deux individus ne sont pas liés, l'un d'eux résiste souvent fortement à toute tentative d'approche de l'autre, comme on le voit dans l'attitude d'un parent vis-à-vis de petits qui ne sont pas les siens, et celle d'un mâle envers un autre mâle.

La caractéristique essentielle du lien affectif est que les deux partenaires ont tendance à demeurer à proximité l'un de l'autre. Qu'ils se trouvent pour une raison ou une autre séparés, ils vont chacun tôt ou tard chercher l'autre et donc rétablir la proximité. Toute tentative de la part d'un tiers de séparer un couple uni fait l'objet d'une résistance vigoureuse : il n'est pas rare que le plus fort dans le couple attaque l'intrus tandis que le plus faible prend la fuite ou peut-être se colle à l'autre. On en trouve l'illustration évidente dans les situations où un intrus tente d'enlever un petit à sa mère, par exemple un veau à une vache, ou de séparer femelle et mâle dans un couple hétérosexuel, par exemple chez les oies.

De manière un peu paradoxale, le comportement agressif joue un rôle essentiel dans le maintien des liens affectifs. Il prend deux formes distinctes : d'un côté attaquer ou faire fuir les intrus, de l'autre punir le partenaire qui s'est éloigné, femme, mari ou enfant. On a la preuve que de nombreux comportements agressifs, qui intriguent par leur aspect pathologique, ont l'une ou l'autre de ces origines⁶.

Les liens affectifs et les états subjectifs marqués par une forte émotion ont tendance à aller de pair, comme le sait tout romancier ou tout dramaturge. Ainsi, la plupart des émotions humaines les plus intenses interviennent lors de la création, du maintien, de la perturbation et du renouveau des liens affectifs – qui, pour cette raison, sont parfois appelés liens émotionnels. Au niveau de l'expérience subjective, la création d'un lien est décrite comme tomber amoureux, son maintien comme aimer quelqu'un et la perte du partenaire comme être en deuil de l'autre. Parallèlement, la menace de perte engendre de l'anxiété et la perte effective, du chagrin ; alors même que les deux situations causeront sans doute de la colère. Finalement, le maintien sans nuages d'un lien est vécu comme une source de sécurité et le renouvellement

de celui-ci comme une source de joie. Ainsi, toute personne concernée par la psychologie et la psychopathologie des émotions, chez l'homme comme chez l'animal, est rapidement confrontée à des problèmes de liens affectifs : la cause de leur mise en place, leur utilité et plus particulièrement ce qui affecte la forme spécifique de leur développement.

Lorsque les psychologues et les psychanalystes ont cherché à rendre compte de l'existence des liens affectifs, ils ont presque toujours eu recours à des motivations d'ordre alimentaire ou sexuel. Ainsi, quand ils ont tenté d'expliquer pourquoi un enfant s'attache à sa mère, les spécialistes de la théorie de l'apprentissage⁷ et les psychanalystes⁸ sont, de façon indépendante, partis du principe que c'est parce que la mère nourrit l'enfant. Quand ils ont voulu comprendre pourquoi les adultes s'attachent entre eux, le sexe a généralement été considéré comme une évidente raison suffisante. Et pourtant, lorsqu'on examine les faits, ces explications ne sont pas satisfaisantes. Il existe aujourd'hui de très nombreuses preuves que, non seulement chez les oiseaux mais aussi chez les mammifères, les petits s'attachent à des substituts maternels même si ceux-ci ne les nourrissent pas⁹ et que les liens affectifs entre adultes sont loin d'être tous accompagnés de relations sexuelles ; alors qu'au contraire, celles-ci se produisent souvent indépendamment d'un lien affectif durable.

Ce que l'on sait aujourd'hui de l'ontogenèse des liens affectifs indique qu'ils se développent à cause de la forte tendance innée chez le petit à se rapprocher de certaines classes de stimuli, en particulier ceux qui sont familiers, et à s'éloigner d'autres, spécialement ceux qui sont étrangers. En ce qui concerne sa fonction, l'observation des animaux dans la nature montre nettement que la fonction biologique de la plupart des liens, si ce n'est de tous, est la protection par rapport aux prédateurs – fonction grandement aussi importante pour la survie d'une population que l'alimentation et la reproduction, mais qui est généralement négligée par les spécialistes enfermés dans leur laboratoire et qui se préoccupent uniquement d'humains vivant dans des sociétés économiquement développées.

Que ces hypothèses soient ou non corroborées par de nouveaux travaux, il n'en demeure pas moins que la capacité d'un individu à établir des liens affectifs d'un type approprié à chaque phase du cycle de vie de son espèce et à son sexe constitue clairement une compétence typique des mammifères au même titre, par exemple, qu'entendre, manger et digérer. Et, en toute probabilité, cette capacité au lien revêt une valeur de survie pour l'espèce aussi grande que celle de ces autres compétences étudiées depuis longtemps. Il se révèle fructueux aujourd'hui de concevoir la plupart des troubles de la personnalité et des psychonévroses chez l'homme comme reflétant une perturbation dans la capacité à établir des liens affectifs, due soit à un défaut dans leur développement dans l'enfance, soit à un dérangement ultérieur.

Perturbation des liens et troubles psychiatriques

Ceux qui souffrent de troubles psychiatriques, de type psychonévrotique, sociopathique ou psychotique, présentent toujours une déficience dans la capacité à établir des liens affectifs, déficience souvent grave et chronique. Bien que, dans certains cas, celle-ci soit clairement secondaire à d'autres modifications, chez la plupart des patients, elle est sans doute primaire et elle est issue d'un développement insatisfaisant lors d'une enfance passée dans un environnement familial atypique. Même si la perturbation du lien parent-enfant n'est pas la seule forme, négative en l'occurrence, que peut prendre l'environnement, c'est celle sur laquelle nous avons les informations les plus fiables et dont les effets sont les mieux connus¹⁰¹.

Dans l'examen des causes possibles des troubles psychiatriques dans l'enfance, les pédopsychiatres ont eu très tôt conscience que les antécédents dont l'incidence était significativement forte étaient, soit l'absence de possibilité d'établir des liens affectifs, soit une perturbation de longue durée, voire répétée, de liens déjà mis en place¹¹. Bien que l'idée selon laquelle ces

conditions sont non seulement associées à des troubles ultérieurs, mais qu'ils en sont la cause, soit largement partagée, cette conclusion demeure néanmoins ouverte au débat.

Les études de l'incidence de la perte précoce dans différents échantillons de patients psychiatriques se sont multipliées ces dernières années. À cause de l'hétérogénéité des populations entre groupe d'étude et groupe témoin, de la variabilité des critères définissant la perte et d'une foule d'aléas démographiques et statistiques, leur interprétation n'est pas simple. Certains résultats ont cependant été retrouvés de manière si systématique par des chercheurs indépendants, y compris dans le cas d'études récentes et correctement contrôlées, que nous pouvons raisonnablement nous y fier. Il a ainsi été montré que deux syndromes psychiatriques et deux types de symptômes associés sont précédés par une forte incidence de liens affectifs perturbés durant l'enfance. Les syndromes sont ceux de la personnalité psychopathe (ou sociopathe) et la dépression ; les symptômes sont la délinquance avec récidive et le suicide.

Le psychopathe (ou sociopathe) est quelqu'un qui, sans être psychotique ou mentalement anormal, persiste à s'engager dans : *a*) des actes contre la société, comme des crimes, *b*) des actes contre sa famille, comme la négligence, la cruauté, la promiscuité sexuelle ou la perversion ; *c*) des actes contre lui-même, comme l'addiction, le suicide ou la tentative de suicide, l'abandon répété de son emploi.

Chez de telles personnes, la capacité à créer et à maintenir des liens affectifs est toujours perturbée et brille généralement par son absence.

Le plus souvent, on s'aperçoit que leur enfance a été profondément désorganisée par la mort, le divorce, la séparation de leurs parents ou par d'autres événements ayant causé une perturbation des liens, avec une incidence bien plus grande chez eux que dans n'importe quel autre groupe comparable, qu'il soit issu de la population générale ou de cas psychiatriques d'un autre type. Par exemple, dans une étude sur plus de 1 000 patients consécutifs¹¹ de moins de 60 ans en consultation externe, Earle et Earle¹² ont

diagnostiqué 66 sociopathes et 1 357 cas relevant d'autres pathologies. Ayant pris comme critère l'absence de la mère pendant six mois ou plus avant le sixième anniversaire du patient, ils ont trouvé une incidence de 41 % de cette situation chez les sociopathes et de 5 % chez les autres.

Lorsque l'on élargit le critère, l'incidence augmente. Craft, Stephenson et Granger¹³ ont ainsi opté pour l'absence de la mère ou du père (ou des deux) avant le dixième anniversaire de l'enfant. Chez 76 résidents d'unités hospitalières spécialisées pour psychopathes agressifs, pas moins de 65 % avaient eu une telle expérience. En comparant plusieurs groupes, Craft montre que l'incidence de ce type de vécu infantile est proportionnelle au degré de comportement antisocial présenté par les membres d'un groupe.

D'autres chercheurs ont rapporté des résultats statistiquement significatifs du même ordre pour des groupes de psychopathes et de délinquants récidivistes, il s'agit de Naess, de Greer et de Brown et Epps¹⁴, ainsi que de Dennehy¹⁵ pour les alcooliques et les drogués.

Chez les psychopathes, l'incidence d'une naissance illégitime et de transferts multiples de l'enfant d'un « foyer » à un autre est élevée. Ce n'est pas un accident si Brady, le meurtrier de la lande^{III}, appartenait à cette catégorie.

Un autre groupe de patients présentant une incidence accrue de pertes dans l'enfance est celui des suicidaires, ceux qui font des tentatives comme ceux dont le suicide aboutit^{IV}. Ces pertes ont tout particulièrement eu lieu lors des cinq premières années de leur vie et elles ont pour cause non seulement la mort d'un des parents, mais aussi d'autres événements moins subits, notamment une naissance illégitime et le divorce. À ce niveau, les patients suicidaires tendent à ressembler aux sociopathes et, nous le verrons ultérieurement, à se démarquer des dépressifs.

Parmi les nombreux travaux rapportant une incidence élevée de perte dans l'enfance chez ceux ayant fait une tentative de suicide, comme ceux de Bruhn, de Greer et de Kessel¹⁶, l'étude de Greer, Gunn et Koller¹⁷ est une des mieux contrôlées. Ils ont comparé un groupe de 156 personnes ayant tenté de

se suicider à un nombre égal de patients psychiatriques non suicidaires ainsi qu'à un autre groupe de même taille de patients sans historique psychiatrique, hospitalisés en chirurgie et en obstétrique ; les deux groupes de comparaison ont été appariés avec celui des suicidaires, en termes d'âge, de sexe, de classe sociale et d'autres variables pertinentes. Le critère de perte retenu était celui de l'absence continue de l'un ou des deux parents pendant au moins douze mois, et ils ont trouvé que de tels événements s'étaient produits avant leur cinquième anniversaire trois fois plus souvent chez les suicidaires que dans les deux autres groupes, correspondant à une incidence de 26 % contre 9 % par ailleurs (tableau 1).

De plus, la perte dans le groupe des suicidaires était plus souvent celle des deux parents, et ce de manière définitive, alors que dans les deux autres groupes, elle ne concernait généralement qu'un seul parent et elle était temporaire, liée à des impératifs comme le travail ou la maladie¹⁸.

Dans une autre analyse de ce même groupe de suicidaires¹⁹, les auteurs ont découvert que ceux qui avaient vécu la perte d'un parent avant leur quinzième anniversaire présentaient des différences significatives par rapport aux autres. L'une d'elles, cohérente avec les autres résultats, était qu'ils étaient davantage susceptibles de recevoir un diagnostic de sociopathie que ceux qui n'avaient pas vécu une telle perte (18 % contre 4 %).

Tableau 1. Incidence de la perte ou de l'absence continue pendant au moins 12 mois d'un parent biologique ou des deux, avant le 15^e anniversaire des sujets

Âge lors de la perte(N = 156)	Patients non psychiatriques	Patients psychiatriques non suicidaires	Tentatives de suicide
0-4 ans	9 %	9 %	26 %
5-9 ans	12 %	10 %	11 %
10-14 ans	7 %	7 %	11 %
Non précisé	0 %	2 %	1 %
0-14 ans	28 %	28 %	49 %

Un autre état associé à une incidence accrue de perte dans l'enfance est la dépression. Le type de perte tend cependant à être différent du bouleversement complet de la famille typique de l'enfance des psychopathes et des suicidaires. Premièrement, dans l'enfance des dépressifs, la perte est plus souvent due à la mort d'un parent qu'à l'illégitimité de la naissance, au divorce ou à la séparation. Deuxièmement, le deuil se situe plutôt entre les âges de 5 et 9 ans, voire de 10 et 14 ans, comme certaines études l'ont montré. De tels résultats ont été rapportés par F. Brown, Munro, Dennehy et par Hill et Price²⁰. On trouve que la perte liée au décès d'un parent est deux fois plus fréquente dans un groupe de dépressifs que dans la population générale^v.

Il ne fait donc guère de doutes aujourd'hui que, dans plusieurs groupes de patients en psychiatrie, l'incidence d'une perturbation des liens affectifs dans l'enfance est significativement plus élevée. Ces études confirment les résultats précédemment obtenus concernant l'incidence plus forte de la perte précoce de la mère, mais elles en étendent aussi le champ. Pour plusieurs types de troubles, une incidence accrue de perturbation du lien se rapporte actuellement aussi au père et elle s'élargit à une période allant de 5 à 14 ans en plus des cinq premières années. Par ailleurs, dans les cas les plus graves de sociopathie et de tendances suicidaires, non seulement il s'agit d'une perte

initiale le plus souvent précoce, mais celle-ci est généralement à la fois définitive et suivie de changements répétés de figures parentales pour l'enfant.

Cela étant, démontrer l'incidence accrue d'un facteur est une chose ; démontrer qu'il joue un rôle causal en est une tout autre. Bien que la plupart des chercheurs dont je rapporte les résultats considèrent l'incidence accrue de la perte dans l'enfance comme une cause des troubles psychiatriques ultérieurs, et il existe une multitude de cas cliniques qui vont dans ce sens²¹, d'autres explications sont toujours possibles. Par exemple, cette incidence accrue de décès de la mère et du père chez les patients pourrait s'expliquer par un âge plus avancé des parents à la naissance de cet enfant. Si c'était le cas, non seulement le décès rapide d'un parent serait plus probable, mais l'enfant risquerait encore davantage d'être victime d'un patrimoine génétique désavantageux. Ainsi, ce qui semble être une variable environnementale serait un problème génétique, après tout.

Tester cette hypothèse n'est pas simple. Pour la corroborer, cela demande : premièrement, que l'âge moyen de la mère et/ou du père des patients en psychiatrie soit de fait plus élevé que la moyenne dans la population générale ; et deuxièmement, que l'on montre qu'un âge plus avancé des parents a bien un impact négatif sur le patrimoine génétique des enfants dans le sens d'une augmentation de la probabilité de souffrir de troubles psychiatriques. La première exigence est déjà remplie : des données récentes²² indiquent que l'âge moyen des parents des patients est sans doute supérieur à celui de la population dont ils sont issus. La seconde exigence est cependant plus difficile à prouver. Clairement, le problème risque de ne pas être résolu dans un proche avenir.

Pendant ce temps, ceux qui pensent que la relation entre la perturbation des liens affectifs dans l'enfance et les troubles dans la capacité à maintenir des liens affectifs, typiques des désordres ultérieurs de la personnalité, est d'ordre causal s'appuient sur d'autres éléments pour étayer leur hypothèse.

Ceux-ci ont trait au comportement des jeunes humains et des jeunes primates en cas de rupture d'un lien affectif provoqué par la séparation ou la mort.

Effets à court terme de la perturbation des liens

Lorsqu'un jeune enfant se retrouve avec des étrangers en l'absence de ses figures parentales familières, non seulement il montre une détresse intense sur le moment, mais sa relation ultérieure à ses parents s'en voit affectée, au moins temporairement. Le comportement observé chez des enfants de 2 ans pendant et après un bref séjour en pouponnière est le thème d'une étude systématique, à la fois descriptive et statistique, entreprise à la Tavistock Clinic par Heinicke et Westheimer²³. L'extrait de leurs résultats sur lequel j'attire l'attention concerne la comparaison du comportement envers leur mère de dix enfants, éloignés un temps et actuellement de retour à la maison, avec un groupe de dix autres enfants restés chez eux.

Chez les enfants séparés de leur foyer, deux formes de troubles du comportement affectif ont été observées, qui n'ont ni l'une ni l'autre été enregistrées chez ceux restés à la maison. La première est un détachement émotionnel, la seconde son opposé en apparence, à savoir une exigence incessante de proximité avec leur mère.

(1) Lorsqu'il retrouve pour la première fois sa mère après un séjour de deux ou trois semaines auprès de personnes qu'il ne connaît pas, un enfant de 2 ans demeure typiquement distant et détaché. Alors que, pendant les premiers jours de séparation, il réclame habituellement sa mère par des pleurs pathétiques, quand il la retrouve enfin, il semble ne pas la reconnaître ou il l'évite. Au lieu de se précipiter vers elle et de s'accrocher à elle comme il le ferait probablement s'il s'était perdu dans un magasin pendant une demi-heure, il la regarde souvent comme si elle n'existe pas et il refuse de lui prendre la main. L'intégralité du comportement de recherche de proximité

typique du lien affectif est absente, généralement au grand désespoir de la mère ; et cela reste le cas, parfois seulement pendant quelques minutes ou quelques heures, mais parfois pendant des jours. La reprise de l'attachement peut être soudaine, mais elle est souvent lente et dispersée. La durée de la période de détachement est corrélée positivement à celle de la séparation (tableau 2).

Tableau 2. Nombre d'enfants séparés et non séparés présentant un détachement lors des trois jours suivant les retrouvailles (ou selon la période concernée)

	Séparé	Non séparé
Pas de détachement		10
Détachement pendant une journée seulement	1	
Détachement qui alterne avec un comportement collant	4	
Détachement qui persiste durant trois jours	5	
Totaux	10	10
Corrélation du degré de détachement avec la durée de séparation : $r = .82$; $p = .01^*$.		

* Le premier chiffre indique le degré de corrélation (r) entre le niveau de détachement et la durée de séparation. Ce chiffre varie théoriquement entre - 1 et 1. Plus il est proche de 1 (ou de - 1), plus il est le signe d'un lien très fort entre les variables concernées. Ici, plus la séparation dure et plus le degré de détachement est important. p , quant à lui, correspond au seuil de significativité. Il indique que le résultat obtenu (la corrélation ici) n'est pas le fait du hasard et qu'il peut être généralisé.

(2) Lorsque – comme c'est généralement le cas – le comportement d'attachement réapparaît, l'enfant se montre souvent beaucoup plus collant qu'il ne l'était avant la séparation. Il ne supporte pas que sa mère le laisse et il a tendance soit à pleurer, soit à la suivre dans toute la maison. L'évolution de cette phase dépend grandement de la réaction de celle-ci. Il n'est pas rare que cela tourne au conflit, l'enfant exigeant la présence constante de sa mère, ce à quoi elle réagit par le refus. Celui-ci engendre facilement un comportement négatif et hostile de l'enfant, qui a tendance à défier encore

plus la patience de sa mère. Sur les dix enfants séparés observés par Heinicke et Westheimer, six ont fait preuve à leur retour d'un comportement hostile intense et durable envers leur mère et de résistance : aucun de ces comportements ne s'est produit chez les enfants non séparés (tableau 3).

Tableau 3. Nombre d'enfants séparés et non séparés ayant ou non fait preuve d'une hostilité forte et durable envers leur mère après les retrouvailles

Comportement hostile ou résistance envers la mère	Séparés	Non séparés
Absents ou faibles	4	10
Forts et durables	6	0
Totaux	10	10

Il est clair que ce n'est pas parce que l'on montre que les liens d'un enfant à sa mère, ainsi qu'à son père souvent, sont perturbés par une séparation brève qu'on est proche de démontrer sans équivoque que les séparations longues et répétées entretiennent une relation causale avec les troubles de la personnalité ultérieurs. Cependant, le comportement détaché si typique des jeunes enfants après une séparation entretient une ressemblance plus que passagère avec celui de certains psychopathes, alors même que l'on serait bien en peine de différencier le comportement d'exigence agressive de nombreux jeunes enfants ayant récemment retrouvé leur mère de celui de nombreuses personnalités hystériques. Il se révèle alors utile de faire l'hypothèse que, dans chaque type de cas, le comportement perturbé de l'adulte incarne la persistance sur de longues années de schémas déviants du comportement d'attachement issus d'une altération du lien dans l'enfance. D'un côté, cela permet d'organiser les données et de planifier les recherches futures ; de l'autre, cela fournit des indications pour la prise en charge quotidienne de ce type de personnes.

Pour faire progresser nos connaissances en ce domaine, il serait évidemment très précieux de mener une longue série d'expériences pour étudier l'impact, à court et à long terme, sur le comportement des perturbations du lien affectif, en tenant compte de l'âge des sujets, de la nature du lien, de la durée et de la fréquence des perturbations et de beaucoup d'autres variables encore. Il est tout aussi évident, cependant, que de telles expériences sur des humains sont impossibles pour des raisons éthiques. C'est pour cela que nous pouvons nous réjouir que des expériences comparables aient aujourd'hui été entreprises chez les primates. Leurs résultats préliminaires indiquent que les effets observés chez des bébés singes rhésus âgés de 6 mois de la perte temporaire de leur mère (six jours) sont assez semblables à ceux observés chez les enfants de 2 ans, à la fois pendant et après la séparation²⁴, à savoir de la détresse et un niveau d'activité plus faible pendant la séparation, ainsi qu'une tendance exceptionnellement forte à ne pas lâcher leur mère une fois qu'ils l'ont retrouvée. Les réactions de la maman singe à cette situation sont en outre loin d'être très différentes de celles d'une mère humaine. Il n'existe cependant à ce jour aucune observation d'un bébé singe faisant preuve de détachement, et cela pourrait bien représenter une différence liée à l'espèce.

Chez les petits humains comme chez les petits singes, il existe de grandes variations individuelles dans les réactions à la perturbation du lien. Une partie de celles-ci est sans doute due à l'impact sur le bébé d'événements s'étant produits durant la grossesse et à la naissance. Ainsi, Ucko²⁵ a découvert que les garçons venus au monde dans un état d'asphyxie sont beaucoup plus sensibles aux changements environnementaux, y compris à la séparation d'avec leur mère, que ceux qui n'en ont pas été victimes à la naissance (tableau 4).

Une autre part de cette variance peut tout à fait être déterminée sur le plan génétique, par ailleurs. En réalité, on peut raisonnablement faire l'hypothèse que les facteurs génétiques influent principalement sur le développement

d'une bonne ou d'une mauvaise santé mentale par leur effet sur le comportement de création de liens. En étudiant dans quelle mesure, sous quelle forme et dans quelles circonstances un individu établit et maintient des liens affectifs et comment il réagit à la perturbation de ceux-ci, on pourra sans doute à l'avenir réconcilier les études génétiques et environnementales des troubles du comportement.

Tableau 4. Déresse manifestée lors d'une séparation temporaire d'avec leur mère, leur père ou leur fratrie par des jeunes garçons nés ou non en état d'anoxie.

	2 ^e année		3 ^e année		
	Déresse	Sans détresse	Déresse	Sans détresse	
Anoxie	8	2	9	2	
Absence d'anoxie	2	12	4	7	
Significatif	P = .01		P = .1		

L'échantillon total comprend 29 paires d'enfants appariés quant à la classe sociale, l'ordre de naissance et l'âge de la mère.

- I. Il existe aussi des études probantes¹⁰ sur les réactions des adultes au deuil et sur les relations qu'elles entretiennent avec les troubles psychiques. Dans un texte aussi bref, il n'est pas possible d'inclure une présentation des résultats.
- II. Le fait qu'elle porte sur « plus de 1000 patients » signale que, sur le plan statistique, les résultats sont fiables. Ici, l'étude porte sur 1 423 cas.
- III. *Moors murders* : entre juillet 1963 et octobre 1965, Ian Brady et Myra Hindley assassinent cinq enfants de 10 à 17 ans, après leur avoir fait subir des tortures et des sévices sexuels. Certains corps sont retrouvés enterrés sur une lande proche de Manchester. (N.d.T.)
- IV. Parmi ceux qui se suicident ou ceux qui font des tentatives, on trouve des sociopathes et des dépressifs. Néanmoins, la majorité d'entre eux reçoivent généralement le diagnostic de névrose ou de trouble de la personnalité (Greer, S., Gunn, J.C., et Koller, K.M., « Aetiological factors in attempted suicide », *British Medical Journal*, 2, 1966, p. 1352-1355). Ils constituent donc un groupe psychiatrique relativement spécifique.
- V. Les résultats statistiques concernant l'incidence de la perte d'un parent durant l'enfance chez les patients dépressifs se sont souvent révélés contradictoires et j'ai simplifié la version originale de ce paragraphe pour le faire coïncider avec les thèses actuelles.

L'étude la plus récente et la plus complète sur ce thème (bien que limitée aux femmes) est celle de George Brown et Tirril Harris, *Social Origins of Depression*, Londres, Tavistock Publications, 1978. Leur conclusion est qu'une perte dans l'enfance contribue à la dépression clinique de trois façons différentes. Premièrement, les femmes qui ont perdu leur mère du fait de son décès ou d'une séparation avant l'âge de 11 ans risquent davantage que celles qui n'ont pas un tel vécu de réagir par des symptômes dépressifs, à la perte, à la menace de perte et à d'autres difficultés et crises de leur vie adulte. Deuxièmement, si une femme a vécu la perte d'un ou de plusieurs membres de sa famille, par décès ou séparation avant l'âge de 17 ans, sa dépression ultérieure éventuelle sera plus grave que chez une femme n'ayant pas vécu de tels drames. Troisièmement, le type de perte dans l'enfance influe sur le type de dépression ultérieure éventuelle. Lorsque celle-ci est due à une séparation, la dépression sera plutôt à caractère névrotique avec des symptômes anxieux. Lorsqu'elle est liée à un décès, la dépression sera plutôt d'ordre psychotique, accompagnée d'un important retard mental. Brown et Harris attirent aussi l'attention sur le problème, jusqu'ici passé sous silence, de l'exactitude des résultats lors des comparaisons entre groupe de patients atteints de troubles psychiatriques et groupe contrôle.

V.

Séparation et perte dans la famille¹

Au printemps 1968, alors que je me trouvais en Californie, la Société psychanalytique de San Francisco a organisé une conférence sur « La séparation et la perte » pour un public d'intervenants en santé mentale. J'ai été invité à prendre la parole et j'ai présenté une version de ce texte. Celle-ci a ensuite été étoffée avec la collaboration de mon collègue Colin Murray Parkes, et le texte final publié en 1970 sous nos deux signatures. Il est repris ici avec son autorisation.

Nous sommes sans doute tous ici profondément conscients de l'anxiété et de la détresse engendrées par la séparation d'avec un être aimé, du chagrin profond et durable qui suit généralement un deuil, et des risques pour la santé psychique que représentent de tels événements. Lorsque l'on garde les yeux ouverts, on voit bien que bon nombre des troubles que nous sommes amenés à traiter chez nos patients trouvent leur origine, au moins en partie, dans une séparation ou une perte intervenues soit récemment, soit plus tôt dans la vie. L'anxiété chronique, la dépression intermittente, les tentatives de suicide, avortées ou non, sont parmi les troubles les plus fréquents qui ont de tels événements pour origine, comme on le sait aujourd'hui. De plus, les perturbations durables ou répétées du lien mère-enfant lors des cinq premières années de vie sont reconnues comme étant particulièrement fréquentes chez les patients diagnostiqués ultérieurement comme ayant une personnalité de psychopathe ou de sociopathe.

Les preuves à l'appui de ces affirmations, en particulier celles se rapportant à l'incidence bien plus élevée de perte d'un parent dans l'enfance chez les patients porteurs de ces troubles comparés à des groupes contrôles, sont présentées ailleurs¹. Un point que nous voulons particulièrement souligner c'est que, bien que les pertes intervenant lors des cinq premières années soient sans doute spécialement dangereuses pour le développement ultérieur de la personnalité, celles qui se produisent plus tard ont aussi un potentiel pathogène.

S'il est clairement établi aujourd'hui, sur le plan clinique et statistique, qu'il existe un lien causal entre les troubles psychiques et la séparation ou la perte dans l'enfance, l'adolescence ou ultérieurement, il demeure néanmoins de nombreuses zones d'ombre concernant la compréhension des mécanismes en jeu, ainsi que les conditions exactes déterminant leur évolution ou non vers la guérison. Cela étant, nous ne sommes pas dans une ignorance totale. Notre objectif ici est de nous pencher plus spécifiquement sur les manières dont nous pouvons venir en aide à nos patients. Qu'ils soient jeunes ou vieux, que la perte soit récente ou très ancienne, nous pensons que nous pouvons aujourd'hui mettre au jour certains principes sur lesquels fonder notre approche thérapeutique.

Commençons par décrire le chagrin et le deuil tels qu'ils se présentent chez l'adulte et, à partir de là, nous intéresser à l'enfance.

Chagrin et deuil à l'âge adulte

Nous disposons aujourd'hui de nombreuses informations fiables sur la manière dont les adultes réagissent à un deuil majeur. Celles-ci proviennent de plusieurs sources, en particulier des cas rapportés par Lindemann et par Marris², complétés par une étude récente, loin d'être encore totalement publiée^{II3}. Même si l'intensité du chagrin varie considérablement d'un

individu à l'autre, ainsi que la durée de chacune des phases repérées, on peut néanmoins établir un schéma général de base.

Dans un article précédent⁴, le déroulement du deuil a été divisé en trois phases principales, mais nous réalisons aujourd’hui qu’un tel chiffre passe outre une phase initiale essentielle, généralement d’assez courte durée. Les phases précédemment numérotées 1, 2 et 3 deviennent donc les phases 2, 3 et 4. Ces quatre phases sont ainsi :

1. La phase d’engourdissement dont la durée s’étend généralement de quelques heures à une semaine et qui peut être interrompue par des explosions de détresse et/ou de colère extrêmement intenses.
2. La phase de langissement^{III} et de recherche de la personne perdue, qui dure de quelques mois à quelques années souvent.
3. La phase de désorganisation et de désespoir.
4. La phase de plus ou moins grande réorganisation.

Phase d’engourdissement

La réaction immédiate à la nouvelle du décès de leur mari a été très variable chez les veuves de notre étude, variable d’un moment à un autre aussi chez une personne donnée. La plupart se sont senties assommées et à des degrés divers plutôt incapables d’accepter l’information. Dans un cas, cette phase a été relativement plus longue que d’habitude, avec cette femme qui a raconté qu’à l’annonce du décès de son mari, elle était restée sereine et « n’avait rien ressenti du tout » – et qu’elle a donc été très surprise de se retrouver en larmes. Elle évitait consciemment ses émotions, a-t-elle dit, car elle avait peur d’être débordée et de devenir folle. Pendant trois semaines, elle était parvenue à se contrôler et à garder relativement son calme, jusqu’à ce qu’elle s’effondre dans la rue, en pleurs. En réfléchissant à ces trois semaines, elle a évoqué ensuite son impression d’avoir été en train de « marcher au bord d’un trou noir ».

De nombreuses autres veuves ont dit qu'elles n'avaient tout simplement pas enregistré l'information au départ. Pourtant, ce calme avant la tempête était parfois interrompu par une explosion d'émotion extrême, généralement de la peur, mais aussi souvent de la colère, et dans un ou deux cas de la joie.

Phase de languiissement et de recherche de la personne perdue

Puis, quelques jours, ou une semaine ou deux après l'annonce, un changement intervient et l'endeuillé commence, même si ce n'est que par moments, à prendre conscience de la perte : cela conduit à des crises passagères de pleurs et de détresse intense. Pourtant, presque au même moment, on observe une grande agitation, une préoccupation par des pensées concernant la personne disparue souvent associées à l'impression de la réalité de sa présence, ainsi qu'une nette tendance à interpréter des signes et des sons comme indiquant son retour finalement. Par exemple, le bruit d'une poignée de porte à 5 heures de l'après-midi est interprété comme signalant le retour du mari de son travail, ou la silhouette d'un homme dans la rue est perçue par erreur comme étant celle du disparu.

Certains de ces éléments, voire tous, ont été retrouvés chez une grande majorité des veuves interrogées. Puisqu'ils ont aussi été rapportés par plusieurs autres chercheurs, il n'y a aucun doute qu'ils constituent des caractéristiques normales du chagrin et qu'ils ne sont en aucun cas pathologiques.

Lorsque des preuves de ce genre ont été passées en revue il y a quelques années⁵, j'ai avancé l'idée que lors de cette phase du deuil, l'endeuillé est saisi d'un besoin impérieux de chercher et de retrouver l'être perdu. Parfois, la personne est consciente de ce besoin, même si souvent ça n'est pas le cas : parfois, elle y répond volontairement, en allant sur la tombe ou dans d'autres lieux en rapport étroit avec l'être disparu, mais parfois elle cherche à

l'étouffer car cela semble irrationnel et absurde. Quelle que soit l'attitude en la matière, cependant, l'endeuillé se retrouve poussé à chercher et si possible à retrouver l'autre.

Ce point de vue a été proposé en 1961. Autant que nous le sachions, il n'a pas été mis en doute, même si nous ne sommes pas certains qu'il soit encore largement accepté. Quoi qu'il en soit, les nouvelles preuves disponibles aujourd'hui viennent largement l'étayer.

La citation suivante est extraite d'un récent article qui présente des données confirmant cette hypothèse : « Bien que nous ayons tendance à concevoir la recherche essentiellement comme un acte moteur consistant en un mouvement incessant en direction des lieux où pourrait se trouver l'objet disparu, [celle-ci] a aussi des composantes perceptives et idéationnelles [...] Les signes de l'objet ne peuvent être identifiés qu'en référence à des souvenirs de celui-ci tel qu'il était avant. Parcourir le monde extérieur à la recherche de signes de l'objet inclut aussi la création d'un “ensemble” perceptif interne dérivé de l'expérience antérieure de l'objet⁶. »

Est rapporté l'exemple d'une femme à la recherche de son petit garçon disparu : elle parcourt sans arrêt les endroits de la maison où il est susceptible de se trouver, pensant à l'enfant, le regard en alerte ; elle entend un craquement et l'identifie immédiatement comme le pas de son fils dans l'escalier ; elle appelle : « John, c'est toi ? ». Les éléments de la séquence sont les suivants :

- s'agiter sans arrêt et scruter l'environnement ;
- penser intensément à la personne disparue ;
- développer un « ensemble » perceptif de l'autre, c'est-à-dire avoir tendance à percevoir et à prêter attention à tout stimulus suggérant la présence de l'autre et à ignorer tous ceux qui n'y correspondent pas ;
- se focaliser sur les parties de l'environnement où l'autre est susceptible de se trouver ;
- appeler la personne disparue.

L'auteur souligne que chacun de ces éléments se retrouve chez les hommes comme chez les femmes en deuil, et que certains endeuillés sont parfaitement conscients de leur besoin de chercher.

Les pleurs et la colère sont encore deux caractéristiques du deuil très courantes, interprétées comme faisant partie de cette quête de l'autre dans nos articles précédents.

Les expressions faciales typiques du deuil chez l'adulte résultent, d'après Darwin⁷, d'un compromis entre une tendance à crier comme un enfant lorsqu'il se sent abandonné et l'inhibition de ces cris. Les pleurs et les cris constituent bien sûr des moyens courants pour l'enfant d'attirer et de rejoindre sa mère ou toute autre personne susceptible de l'aider à la retrouver ; et ils se produisent dans le deuil, pensons-nous, en vue de ces mêmes objectifs, consciemment ou inconsciemment.

La fréquence des manifestations de colère dans le cours normal du deuil est, à notre sens, généralement sous-estimée – peut-être parce qu'elles semblent si honteuses et déplacées. Pourtant, leur très grande fréquence, en particulier les premiers jours, ne fait aucun doute. Cela a frappé Lindemann et Marris. Cette colère était évidente, au moins par moments, chez dix-huit des vingt-deux veuves étudiées par Parkes, et chez sept d'entre elles, elle était très marquée au moment du premier rendez-vous. Elle avait pour cible des parents (dans quatre cas), des prêtres, des médecins ou des fonctionnaires (dans cinq cas), et dans quatre autres cas, le défunt lui-même. La plupart du temps, les raisons invoquées à cette colère étaient que la personne en question était tenue en partie pour responsable du décès ou accusée d'avoir fait preuve de négligence, soit envers le défunt, soit envers sa veuve.

Chez les quatre femmes en colère après leur mari, il y en avait une qui s'était écriée, furieuse, pendant un entretien neuf mois après le décès : « Oh, Fred, pourquoi m'as-tu quittée ? Si tu avais su comment c'était, tu ne m'aurais jamais laissée. » Plus tard, elle a nié être en colère, ajoutant :

« C'est pas bien d'être en colère. » Une autre veuve a aussi exprimé des reproches enflammés à son mari pour l'avoir abandonnée.

Les veuves se faisaient aussi souvent des reproches à elles-mêmes, généralement pour des actes ou des négligences mineurs, liés à la maladie ou à la mort de leur conjoint. Bien qu'à certains moments, ces autoaccusations aient été assez graves, chez aucune de ces femmes, elles n'atteignaient l'intensité et la constance que l'on rencontre chez ceux dont le deuil persiste au point de finir par recevoir un diagnostic de dépression⁸.

Dans l'article antérieur⁹, j'ai souligné que la colère est à la fois habituelle et utile quand la séparation n'est que temporaire : elle aide alors à surmonter les obstacles à la réunion avec la personne perdue ; et une fois celle-ci réalisée, l'expression de reproches envers tout responsable de la séparation rend sa répétition moins probable. Ce n'est que lorsque la séparation est définitive que la colère et les reproches semblent déplacés. « On peut conclure qu'il existe donc de bonnes raisons sur le plan biologique pour que chaque séparation déclenche une réponse automatique instinctive de type agressif : une perte définitive est si peu probable statistiquement qu'elle n'est pas prise en compte. Au cours de notre évolution, semble-t-il, notre équipement instinctif s'est façonné de telle sorte que toutes les pertes sont conçues comme réversibles, et on y réagit en ce sens¹⁰. »

L'hypothèse selon laquelle de nombreuses caractéristiques de la seconde phase du deuil doivent être comprises comme participant non seulement du languiissement mais encore d'une recherche réelle de la personne perdue est centrale à notre argumentation. Elle est intimement liée, bien entendu, au tableau du comportement d'attachement que l'un de nous a développé¹¹. Selon cette théorie, le comportement d'attachement est une forme de comportement instinctif qui se met en place chez les humains, comme chez les autres mammifères, durant la petite enfance et dont l'objectif ou le but est le rapprochement avec la figure maternelle. La fonction de ce comportement d'attachement est la protection contre les prédateurs. S'il se manifeste de

manière particulièrement forte en direction des figures parentales pendant l'enfance, il continue néanmoins à s'activer à l'âge adulte, généralement à destination d'une figure dynamique et dominante, souvent quelqu'un de la famille, mais parfois un employeur ou une personne plus âgée du quartier. Le comportement d'attachement se déclenche ainsi chaque fois qu'une personne (enfant ou adulte) est malade ou qu'elle a des problèmes, et son intensité est très forte lorsque la personne est effrayée ou qu'elle ne trouve pas sa figure d'attachement. Au regard de cette théorie, le comportement d'attachement étant considéré comme un élément sain et normal de la constitution instinctive de l'homme, il est jugé extrêmement trompeur de le qualifier de « régressif » ou d'infantile lorsqu'il se manifeste chez un enfant assez grand ou chez un adulte. C'est aussi pour cette raison que le terme « dépendance » est considéré comme conduisant à une perspective gravement erronée : en effet, dans le langage de tous les jours, décrire quelqu'un comme dépendant n'est pas dénué de connotation critique. En revanche, dire de quelqu'un qu'il est attaché a une valeur positive.

Considérer le comportement d'attachement comme une composante normale et saine de l'équipement instinctif de l'homme nous conduit aussi à concevoir l'angoisse de séparation comme une réaction naturelle et inévitable chaque fois qu'une figure d'attachement se trouve inexplicablement absente. C'est cette hypothèse qui, selon nous, permet le mieux d'expliquer les attaques de panique auxquelles les personnes en deuil sont fréquemment sujettes. Elles sont susceptibles de se produire lors des premiers mois, en particulier à partir du moment où la réalité de la perte est parvenue à la conscience du survivant.

Notre étude à petite échelle, ainsi qu'une autre sur une population plus large menée par Maddison et Walker¹², indiquent que la plupart des femmes mettent beaucoup de temps à se remettre de la perte de leur mari. Quelle que soit l'évaluation psychiatrique qu'on leur applique, moins de la moitié d'entre elles sont redevenues elles-mêmes à la fin de la première année. Sur

les vingt-deux veuves interrogées par Parkes, deux présentaient encore beaucoup de chagrin et neuf autres se montraient perturbées et déprimées par périodes. Seules quatre d'entre elles semblaient s'être bien adaptées, à la fin de la première année. Les insomnies et un ensemble de petits maux et de douleurs variées étaient extrêmement courants. Dans l'étude de Maddison et Walker, un cinquième des veuves étaient encore en mauvaise santé et dans un état de trouble émotionnel un an après.

Nous insistons sur ces résultats, même s'ils sont plutôt attristants, car nous pensons que les cliniciens ont parfois des attentes irréalistes quant à la vitesse à laquelle une personne est censée se remettre d'un deuil majeur. Il est possible que certaines des formulations théoriques de Freud aient pu être un peu trompeuses à cet égard. Par exemple, un extrait souvent cité de *Totem et tabou* dit ceci : « Le deuil doit venir à bout d'une tâche psychique tout à fait précise : il doit détacher des morts les souvenirs et les attentes des survivants¹³. » Si l'on s'en tient à ce critère, force est d'admettre que la plupart des deuils sont des échecs. Freud lui-même était conscient de ce problème, cependant. Ainsi, dans une lettre de condoléances adressée à Binswanger, il écrit : « On sait qu'après une telle perte, le deuil aigu s'atténue, mais on reste toujours inconsolable, sans trouver de substitut. Tout ce qui prend cette place, même en l'occupant entièrement, reste cependant toujours autre. Et, au fond, c'est bien ainsi. C'est la seule façon de perpétuer cet amour qu'on ne veut abandonner à aucun prix¹⁴. »

Les veuves, interrogées par Parkes un an après, se faisaient l'écho de ces propos. Plus de la moitié continuaient à trouver le décès de leur mari difficile à accepter : la plupart passaient toujours beaucoup de temps à penser au passé et avaient encore parfois l'impression de la présence de leur mari à leurs côtés. Les souvenirs et les attentes n'étaient détachés des morts chez aucune d'entre elles.

Dans nos propres études comme dans celle de Maddison et Walker, on a découvert que plus une femme se retrouve veuve jeune, plus son deuil est

intense, et plus sa santé risque d'être perturbée un an après. À l'inverse, si une femme est âgée de plus de 65 ans à la mort de son mari, le coup est souvent beaucoup moins invalidant. C'est comme si les liens étaient déjà en train de se distendre. Cette différence très nette dans l'intensité et la durée du deuil peut sans doute aider à comprendre ce qui se passe à la suite d'une perte dans l'enfance.

Chagrin et deuil dans l'enfance

Il y a quelques années, l'un de nous¹⁵ a insisté sur le fait que les jeunes enfants sont non seulement capables de chagrin, mais que celui-ci dure souvent beaucoup plus longtemps qu'on ne le croit parfois. À l'appui de cette thèse, il a cité certaines des observations de ses collègues¹⁶ sur le chagrin persistant envers leur mère d'enfants de 1 et 2 ans en pouponnière, ainsi que des comptes rendus des Hampstead Nurseries pendant la guerre. Ces études semblent montrer clairement que, dans ces circonstances, de très jeunes enfants expriment ouvertement leur chagrin envers leur mère manquante pendant au moins quelques semaines : ils la réclament en pleurant ou ils indiquent par d'autres moyens qu'ils se languissent toujours d'elle et qu'ils attendent son retour. L'idée que le chagrin dans les premières années est de courte durée ne résiste pas à ces observations. Le cas d'un petit garçon de 3 ans et 2 mois, rapporté par Freud et Burlingham¹⁷ avait ainsi été cité, son chagrin ayant persisté un certain temps bien que sous une forme voilée. Nous reprenons ici ce compte rendu, car nous pensons qu'il contient de nombreux éléments pertinents. Quand il avait été laissé à la pouponnière, Patrick avait été exhorté à être un bon garçon et à ne pas pleurer – sinon sa mère ne viendrait pas le voir.

Patrick essayait de tenir sa promesse et on ne le voyait pas pleurer. À la place, il hochait la tête chaque fois que

quelqu'un le regardait et affirmait pour lui-même et pour quiconque ayant envie d'écouter que sa mère viendrait le chercher, qu'elle lui mettrait son manteau et le ramènerait avec elle à la maison. Chaque fois qu'un auditeur semblait le croire, il était content ; dès qu'on le contredisait, il éclatait violemment en sanglots.

Cette situation se poursuivit pendant deux ou trois jours avec quelques ajouts. Le hochement de tête prit une tournure plus automatique et compulsive : « Ma mère va me mettre mon manteau et me ramener à la maison. »

Par la suite, la liste des vêtements que sa mère était censée lui mettre s'est allongée : « Elle va me mettre mon manteau et mon pantalon, elle va remonter la fermeture Éclair, elle va me mettre mon bonnet. »

Quand la répétition de cette formule est devenue monotone et sans fin, quelqu'un lui a demandé s'il ne pouvait pas s'arrêter de la réciter encore et encore. Patrick a à nouveau essayé d'être le bon garçon que voulait sa mère. Il a cessé d'énoncer la formule à voix haute, mais le mouvement de ses lèvres montrait qu'il se la répétait toujours à lui-même.

Au même moment, il a remplacé les phrases prononcées par des gestes qui illustraient la position du bonnet, le fait d'enfiler un manteau imaginaire, de remonter la fermeture Éclair, etc. Ce qui se donnait à voir comme un mouvement expressif un jour était remplacé le lendemain par une simple agitation avortée des doigts. Pendant que les autres enfants étaient principalement occupés avec leurs jouets, à des jeux ensemble ou à faire de la musique, etc., Patrick, totalement inintéressé, se tenait debout dans un coin, bougeant les mains

et les lèvres, une expression absolument tragique sur le visage.

Mes premiers écrits de Bowlby ont suscité une vaste polémique ; et nous soupçonnons qu'il faudra un certain temps encore avant que tous les problèmes soulevés soient éclaircis. Parmi les nombreuses questions débattues, nous souhaitons en commenter seulement deux ici. La première concerne l'usage du terme « deuil » ; la seconde se rapporte aux similitudes et aux différences entre le deuil chez l'adulte et chez l'enfant.

Dans les premiers articles, on a jugé utile d'utiliser le terme « deuil » au sens large pour recouvrir une variété de réactions à la perte, parmi lesquelles on en trouve certaines menant à une issue pathologique, ainsi que celles consécutives à une perte dans l'enfance. L'avantage de cet usage est qu'il devient alors possible de relier entre eux un certain nombre de mécanismes et d'états dont la recherche montre les interrelations – de la même façon que le terme « inflammation » est utilisé en physiologie et en pathologie pour rassembler un ensemble de processus dont certains conduisent à la guérison et d'autres n'y parviennent pas, menant à la pathologie. Une autre pratique consiste à restreindre le terme « deuil » à une forme particulière de réaction à la perte, à savoir celle « où l'objet perdu est progressivement désinvesti par le travail prolongé et douloureux du souvenir et de l'épreuve de réalité¹⁸ ». Un des dangers de cet usage est, cependant, qu'il conduise à des attentes quant à ce que devrait être un deuil sain, attentes absolument non conformes à ce qui se passe réellement chez beaucoup de gens, comme nous le savons maintenant. De plus, si l'on adopte la convention d'un usage restreint, on est face à la nécessité de trouver, voire d'inventer, un mot nouveau ; car nous pensons qu'il est essentiel, si nous voulons pouvoir efficacement débattre de ces sujets, que nous ayons à notre disposition un terme adéquat faisant référence à l'ensemble des processus engagés lors du vécu d'une perte. Pour cette occasion, nous allons utiliser le

mot « chagrin¹⁹ » dans ce sens, étant donné qu'il a déjà été utilisé par d'éminents analystes dans un sens assez général et que tout le monde est d'accord pour dire que les jeunes enfants ont du chagrin.

Outre l'attention portée à un domaine central de la psychopathologie, les controverses de ces dernières années ont eu un certain nombre d'autres conséquences dont nous devrions tous nous réjouir. Elles ont souligné le manque d'informations dont nous disposons encore sur la manière dont les enfants de tous âges, y compris les adolescents, réagissent à une perte majeure et sur les facteurs responsables de l'issue plus ou moins favorable de la situation selon les cas²⁰ ; par ailleurs, elles ont stimulé des recherches très intéressantes.

Nous avons déjà relevé la grande difficulté, même chez les adultes, à prendre toute la mesure de la mort d'un de leurs proches et de sa perte irrémédiable. Chez les enfants, de toute évidence, c'est encore plus difficile. Wolfenstein¹⁹ a rapporté les réactions d'enfants et d'adolescents ayant perdu un parent, venus pour la plupart en analyse dans l'année qui a suivi le décès. Parmi les points qui ont frappé son groupe d'observateurs figure le fait que « la tristesse était réduite ; il y avait peu de pleurs. L'immersion dans les activités quotidiennes continuait... ». Et pourtant, petit à petit, les analystes qui les traitaient ont pris conscience qu'ouvertement ou non ces enfants et ces adolescents « niaient le côté définitif de la perte » et qu'ils attendaient toujours plus ou moins consciemment le retour du parent disparu. Des attentes persistantes du même ordre ont été observées par Barnes²⁰ chez deux enfants en crèche, qui avaient perdu leur mère à 2 ans et demi pour l'un et 4 ans pour l'autre. Ils continuaient sans relâche à exprimer l'espoir et l'attente de son retour.

Lorsque, à leur rythme, avec l'aide d'analystes ou d'autres personnes, ces enfants prennent peu à peu conscience du fait que leur mère, en réalité, ne reviendra pas, ils réagissent tout comme les veuves décrites plus haut, avec panique et colère. Ruth, une jeune fille de 15 ans décrite par Wolfenstein, fit

remarquer quelques mois après le décès de sa mère : « Si ma mère était réellement morte, je serais toute seule... J'aurais terriblement peur. » Il rapporte que, plus tard, Ruth se sentait parfois désespérée, dans son lit la nuit, emplie de « frustration, de rage et de chagrin. Elle arrachait les draps et les couvertures, les enroulait pour leur donner la forme d'un corps humain, et elle les embrassait ».

Donc, malgré les différences repérables entre les réactions à la perte d'un enfant et celles d'un adulte, il existe aussi des similitudes très basiques entre elles.

Nous souhaitons d'ailleurs attirer l'attention sur une autre de ces similitudes. Non seulement l'enfant, mais aussi l'adulte, a besoin selon nous de l'assistance d'une autre personne de confiance pour être à même de surmonter la perte. Dans leur analyse des réactions des enfants à la perte et de la meilleure manière de les aider, presque tous les auteurs soulignent l'extrême importance pour l'enfant de disposer d'un substitut permanent unique auquel pouvoir progressivement s'attacher. Ce n'est que dans ces circonstances que l'on peut s'attendre à ce qu'il finisse par accepter la perte comme irrémédiable et qu'il puisse ensuite réorganiser sa vie intérieure en conséquence^{VI}. Il en est de même, pensons-nous, chez les adultes, bien qu'il soit sans doute un peu plus facile pour eux de trouver du soutien dans la compagnie de quelques personnes tout aussi bien. Cela conduit à deux questions très concrètes qui sont liées : que savons-nous des facteurs favorables ou défavorables à un deuil sain ? Comment venir en aide au mieux à une personne en deuil ?

Conditions favorables ou défavorables à un deuil sain

Les psychiatres sont aujourd'hui généralement d'accord sur l'idée que, pour qu'un deuil ait une issue plus favorable que défavorable, il faut que la

personne – tôt ou tard – exprime ses émotions. « Donnez la parole à la douleur, a écrit Shakespeare, le chagrin qui ne parle pas murmure au cœur gonflé l’injonction de se briser²¹. »

Pourtant, bien que nous soyons tous d’accord sur ce point, dans le cas d’une personne incapable d’exprimer ses émotions et de celui ou celle qui tente de l’aider à y parvenir, les questions demeurent : comment donner la parole à la douleur, quelles sont les émotions à exprimer, et qu’est-ce qui en bloque l’expression ?

On a aujourd’hui des preuves que les affects les plus intenses et les plus bouleversants engendrés par la perte sont la peur d’être abandonné, le langage envers la personne perdue et la colère de ne pas la retrouver – des affects liés d’un côté au besoin de recherche de l’être disparu et, de l’autre, à la tendance à faire des reproches furieux à quiconque semble, aux yeux de l’endeuillé, responsable de la perte ou de l’entrave aux retrouvailles. Avec tout son être émotionnel, semble-t-il, l’endeuillé combat le sort, tentant désespérément d’inverser le cours du temps et de recréer les jours meilleurs qui lui ont été brutalement dérobés. Loin de faire face à la réalité et d’essayer de s’en accommoder, il est bloqué dans une lutte avec le passé.

De toute évidence, si nous devons apporter à une personne en deuil le genre d’aide que nous souhaiterions tous fournir, il est essentiel pour nous de voir les choses de son point de vue et de respecter ses émotions – même si nous considérons certaines d’entre elles comme irréalistes. Car ce n’est que lorsqu’elle sent que nous pouvons au moins la comprendre et être en empathie avec elle dans la tâche qui lui incombe qu’elle est le plus susceptible d’être capable d’exprimer les émotions qui jaillissent en elle – son langage envers l’être perdu, son espoir contre toute attente de voir miraculeusement tout s’arranger, sa rage d’être abandonnée, ses reproches injustes et furieux à l’encontre de « ces médecins incompétents », « ces infirmières inefficaces », et à l’encontre d’elle-même et de sa propre

culpabilité : si jamais elle avait fait ça et ça, ou pas fait ça et ça, la catastrophe aurait peut-être pu être évitée.

Que nous soyons dans la position de l'ami d'une personne récemment endeuillée ou du thérapeute d'un patient ayant vécu une perte il y a plusieurs années et qui n'a pas réussi à la surmonter, il semble à la fois inutile et inefficace de nous placer dans le rôle du « représentant de la réalité » : inutile, car l'endeuillé a une part de lui-même parfaitement consciente du fait que le monde a changé ; inefficace, parce que en ne respectant pas la manière dont une autre partie de lui continue à voir les choses, nous le détournons de nous. Notre rôle devrait plutôt être celui d'un compagnon et d'un sympathisant, prêt à explorer dans nos discussions tous les espoirs et tous les souhaits, et à tempérer les hypothèses improbables toujours chères à son cœur, ainsi que tous les regrets, les reproches et les déceptions qui l'accablent. Prenons deux exemples.

Dans un article précédent²², j'ai présenté le cas de Mme Q., une femme d'environ 35 ans ; son père était mort brutalement suite à une opération non urgente, et à un moment où son thérapeute (J.B.) était à l'étranger. Pendant un an elle avait gardé pour elle ses émotions et ses pensées, mais à la date anniversaire du décès, la vérité a éclaté.

Pendant les semaines qui ont suivi le décès de son père, m'a-t-elle alors dit, elle avait vécu avec la semi-conviction que l'hôpital avait fait une erreur d'identité et qu'un jour ou l'autre, on lui téléphonerait pour lui annoncer qu'il était en vie et prêt à rentrer à la maison. De plus, elle s'était sentie particulièrement en colère contre moi parce qu'elle croyait que si j'avais été disponible, j'aurais pu exercer une influence sur l'hôpital et lui permettre ainsi de retrouver son père. Aujourd'hui, douze mois plus tard, ces idées et ces émotions étaient toujours présentes. Elle attendait encore à

moitié un message de l'hôpital, et elle était toujours en colère contre moi de ne pas avoir cherché à joindre les autorités là-bas. Elle continuait en outre, en secret, à s'organiser en vue d'accueillir son père à son retour. Cela expliquait pourquoi elle avait été si furieuse après sa mère pour avoir redécoré l'appartement dans lequel le vieux couple avait vécu et pourquoi aussi, elle n'avait cessé de reporter les travaux dans son propre appartement : elle sentait qu'il était vital que lorsque son père rentrerait enfin, il retrouve des lieux familiers²³. »

Maintenant, il n'était nul besoin pour son thérapeute d'intervenir au nom de la réalité : d'autres s'en étaient déjà chargés et elle était bien consciente de la vision du monde qu'avaient sa famille et ses amis. Ce dont elle avait besoin, c'était d'une possibilité d'exprimer son langour, ses espoirs et l'amère colère que sa famille et ses amis ne pouvaient pas comprendre. Elle racontait comment, la semaine précédente, elle avait cru voir son père regarder une devanture de magasin et elle avait traversé la rue pour examiner de plus près l'homme en question. Elle décrivait sa fureur envers l'infirmière qui lui avait annoncé la mort de son père et l'idée qui lui était venue de la jeter à terre sur le sol en béton et de lui fracasser la tête. Elle évoquait son impression d'avoir été abandonnée par son thérapeute, absent juste au moment où elle avait le plus besoin de lui ; cela et bien d'autres choses encore qu'à la froide lumière du jour elle savait bien être des idées injustes et irréalistes. Ce dont elle avait besoin de la part de son thérapeute, et nous espérons qu'elle l'a trouvé, c'est qu'il puisse comprendre et être en empathie avec son côté injuste et avec son manque de réalisme. Au fur et à mesure des mois, ses espoirs et sa colère ont diminué et elle a commencé à se réconcilier avec la réalité de la perte.

J'ai joué le même rôle avec un adolescent de 16 ans, que j'appellerai Bill. Je l'avais vu une première fois dans une clinique alors qu'il avait 4 ans, car les choses se passaient mal dans sa famille d'accueil. L'histoire n'était pas vérifiée, mais on a compris que sa mère était une prostituée qui avait placé son fils en famille d'accueil à l'âge de 2 ans, pour disparaître ensuite. Bill avait beaucoup de problèmes et la famille avait refusé de le garder. Des modalités spéciales d'accueil avaient alors été mises en place et, plus tard, il avait été placé en traitement dans un établissement pour enfants gravement perturbés. Comme je le recevais à la clinique quelques fois par an il bénéficiait ainsi d'une certaine continuité. Aujourd'hui, à 16 ans, il devait bientôt quitter l'école.

Lors de cet entretien, Bill m'a parlé de son projet de se rendre en Amérique pour trouver sa mère. Il avait déjà contacté une compagnie de bateaux à vapeur, pour payer son voyage en travaillant à bord. C'était un garçon très intelligent et ses plans pour le voyage semblaient faisables. Et pourtant, vous pouvez imaginer mon étonnement ! Voilà un garçon qui avait vu sa mère pour la dernière fois alors qu'il avait 2 ans et qui n'avait jamais eu de ses nouvelles depuis, qui n'avait pas la moindre idée de l'endroit où elle pouvait se trouver et qui n'était même pas sûr de son nom. De toute évidence, autant chercher une aiguille dans une botte de foin. Et pourtant, j'ai tenu ma langue. C'était là le monde de Bill et le projet de Bill, et il le confiait à son thérapeute ; ce n'était pas le rôle de celui-ci de le détruire. De fait, une séance entière a été consacrée à discuter du projet. Bill croyait que son père était un militaire américain et il faisait l'hypothèse que sa mère l'avait suivi dans son pays après la guerre. Ses plans pour traverser l'Atlantique ont été à nouveau passés en revue, ainsi que la manière dont il envisageait de gagner sa vie une fois là-bas, suffisamment pour poursuivre sa quête. Je n'ai posé aucune question mais j'ai invité Bill à revenir en discuter encore une semaine plus tard environ. Il est revenu. Il a raconté qu'il avait beaucoup réfléchi au projet, mais qu'il commençait à avoir des doutes. Ce

serait peut-être difficile de localiser sa mère ; et elle ne serait peut-être pas trop accueillante, même s'il la retrouvait. Après tout, il s'était dit qu'il était un étranger pour elle. Une fois de plus, après qu'il avait eu le loisir d'explorer, avec un compagnon empathique, toutes les émotions et tous les plans qu'il avait nourris en secret pendant des années, le propre sens du réalisme du patient avait suffi.

Naturellement, chez d'autres patients, en particulier chez ceux qui, nettement plus âgés, ont vécu une perte des années plus tôt, dans leur enfance ou leur adolescence, les aider à retrouver leurs émotions oubliées, leurs espoirs perdus de retrouvailles et leur colère d'avoir été abandonnés peut se révéler être une tâche longue et techniquement difficile. Mais l'objectif global reste le même.

Se languir de l'impossible, être dans une colère noire, pleurer d'impuissance, être horrifié par la solitude, implorer douloureusement de la compassion et du soutien – telles sont les émotions qu'une personne endeuillée a besoin d'exprimer, et parfois d'abord de découvrir, si elle veut faire des progrès. Et pourtant, ce sont là toutes des émotions susceptibles d'être considérées comme trahissant un manque de courage et de dignité. Au mieux, il peut sembler humiliant de les exprimer ; au pire, elles font courir le risque de s'attirer critiques et mépris. Pas étonnant qu'elles soient si souvent réprimées et qu'elles finissent par disparaître.

Cela nous conduit à la question de savoir pourquoi certaines personnes trouvent plus difficile – souvent beaucoup plus difficile – que d'autres d'exprimer ces émotions liées au chagrin.

Nous pensons, pour notre part, qu'une raison essentielle tient à la famille dans laquelle elles ont vécu, et qu'elles fréquentent encore, où le comportement d'attachement d'un enfant est considéré sans empathie comme quelque chose dont il faut se débarrasser aussi vite que possible en grandissant. Dans de telles familles, les pleurs et autres formes de protestation liés à la séparation seront qualifiés de puérils, et la colère et la

jalouse de répréhensibles. De plus, dans ces familles, plus un enfant demande à être avec sa mère ou son père, plus on lui dit que de telles exigences sont stupides et injustifiées ; plus il pleure ou pique une colère, plus on lui dit qu'il est un vrai bébé et qu'il est mauvais. Ces pressions qu'il subit ont pour effet de le conduire à accepter ces normes pour lui-même ; pleurer, faire des demandes, être en colère parce qu'elles ne sont pas satisfaites, blâmer les autres, tout cela sera considéré par lui comme injustifié, puéril et mauvais. Donc, le jour où il vivra une perte grave, au lieu d'exprimer le genre d'émotions que toute personne en deuil porte en elle, il aura tendance à les étouffer. Ses proches, issus de la même culture familiale, risqueront en outre de partager la même vision critique vis-à-vis des émotions et de leur expression. C'est ainsi que celui-là même qui aurait le plus besoin de compréhension et d'encouragements est la personne la moins susceptible d'en recevoir.

Le cas de Patrick, le petit garçon de 3 ans présenté plus haut, fournit une illustration éclatante de ce processus d'internalisation du contrôle lié à des reproches. Patrick, vous vous en souvenez, avait été exhorté à être un bon garçon et à ne pas pleurer – autrement sa mère ne viendrait pas le voir. Il paraît probable que c'était là typique de son attitude envers l'expression de la détresse chez son fils. Il n'est donc pas surprenant que celui-ci se soit efforcé d'étouffer ses émotions et qu'au lieu de les exprimer, il ait mis en place un rituel qui s'est dissocié de plus en plus du contexte émotionnel qui en était l'origine.

L'évitement du deuil est une variante pathologique majeure du chagrin, mais elle n'est pas la seule, selon nous. De nombreux adultes en deuil qui viennent chercher l'aide d'un psychiatre ont peu de signes de l'inhibition émotionnelle décrite ci-dessus. Par contre, comme cela a été rapporté dans un précédent article²⁴, ils présentent toutes les caractéristiques d'une affliction grave et prolongée. Le problème ici n'est pas la raison pour laquelle la patiente (c'est généralement une femme) est incapable d'exprimer

son chagrin, mais celle de son incapacité à le surmonter. Même dans ces cas, bien entendu, une de ses composantes non encore reconnue peut être inhibée, mais trois caractéristiques semblent distinguer ces réactions de chagrin chronique, suggérant une autre explication.

Pour commencer, l'attachement de la patiente à son époux décédé se révèle souvent avoir été fondé sur une extrême proximité, une bonne partie de son estime d'elle-même et de son identité de rôle ayant dépendu de la présence constante de son conjoint – ces patientes rapportent avoir, par le passé, ressenti une grande détresse lors de séparations même temporaires. Ensuite, elle n'a aucune proximité avec un autre membre de la famille sur lequel reporter une partie des liens qu'elle entretenait avec son mari. La relation intense qu'il y avait entre eux semble avoir été si exclusive que même les membres de la famille existants se sont éloignés, et donc, après le décès, la survivante ne trouve personne et aucun centre d'intérêt pour la distraire de son chagrin. Enfin, le lien entre les époux a souvent été très ambivalent, peut-être parce que le mari en voulait à sa femme de sa possessivité. En tout cas, la survivante trouve généralement des raisons de se faire des reproches et de se blâmer pour son échec à s'être montrée une meilleure épouse ou pour avoir permis à son mari de mourir. Le chagrin de certaines personnes semble souvent contenir une composante d'autopunition, comme si un deuil permanent était devenu un devoir sacré envers le défunt, permettant au survivant de réparer ses torts.

Le traitement de ces patientes est généralement difficile, car elles semblent souvent se complaire dans la possibilité de répéter, encore et encore, le douloureux drame de la perte qu'elles ont vécue. La valeur de la psychothérapie dans leur cas reste sujette à débat, néanmoins on peut faire beaucoup pour les aider à rétablir leur implication dans le monde. La famille, le clergé local ou des organisations comme Cruse ou Samaritans ^{VII} peuvent se mobiliser pour servir d'intermédiaires, alors qu'un office du souvenir, un week-end avec des amis ou même la redécoration de la maison

peuvent constituer un tournant, un *rite de passage*^{VIII}, du rôle d'endeuillée au nouveau rôle de veuve.

Vu sous cet angle, le deuil devient un problème de famille. Il nous est donc nécessaire de connaître les changements dans la structure dynamique de celle-ci, qui apparaissent au décès d'un de ses membres influents. Une étude actuellement en cours à Boston, portant sur de jeunes veuves et veufs, commence à fournir des informations pertinentes à ce sujet²⁵. Hormis les difficultés d'ordre affectif, le problème le plus immédiat est celui des rôles. Qui, par exemple, est censé reprendre les rôles du mari défunt ? Certains d'entre eux, comme la gestion des problèmes domestiques, reviennent généralement à la veuve. D'autres ne sont pas remplis ; beaucoup de veuves dorment ainsi avec un oreiller ou un traversin à côté d'elles dans leur lit. Une jeune veuve essaiera généralement de percevoir son défunt mari comme continuant à l'aider à prendre des décisions et déterminera son propre comportement en fonction de ce qu'il aurait souhaité ou ce qu'il aurait préféré. Lorsqu'elle doit prendre des décisions hors du cadre d'action de son « arbitre interne », elle se tourne le plus souvent vers le frère de son mari comme étant la personne la plus proche de lui en termes de culture et de sang. De même, un veuf a tendance à considérer sa belle-sœur comme le membre le plus précieux pour lui dans sa belle-famille, recherchant son aide pour prendre des décisions concernant les enfants et les problèmes domestiques.

Avec le temps, cependant, ces assignations de rôles s'affaiblissent et sont souvent suivies d'une désintégration progressive de la famille étendue. Le survivant ne se tourne plus vers sa belle-famille pour obtenir du soutien et développe au contraire une plus grande confiance en lui, malgré la solitude et les tensions intrafamiliales que cela entraîne. Ses amis et ses enfants deviennent alors une source importante d'affirmation au fur et à mesure que sa position s'affermi et qu'il aborde le monde avec un œil nouveau.

La capacité du survivant à faire face à ces nouveaux rôles et à ces nouvelles responsabilités dépend clairement, d'une part, de sa personnalité et de ses expériences antérieures et, d'autre part, des exigences de l'environnement familial et du soutien qu'il apporte. Les enfants peuvent être une charge ou une bénédiction, de même la belle-famille ; et une femme qui n'a jamais travaillé à l'extérieur a de nombreux obstacles à franchir. Il n'est guère surprenant qu'un nombre significatif de veuves ne trouvent pas de mode de vie qui les satisfasse. Treize mois après le décès de leur conjoint, lorsqu'on leur a demandé comment elles se sentaient, 74 % des jeunes veuves de Boston s'accordaient à affirmer « qu'on ne s'en remet jamais ».

Une étude illustrant l'influence des amis et des parents sur l'issue du deuil a été menée par Maddison et Walker²⁶. Ils ont étudié deux groupes de sujets, composés chacun de vingt veuves ayant accepté un entretien, appariées au mieux sur les variables sociologiques classiques. Sur la base de leur bilan de santé, le premier groupe comprenait des personnes qui, au bout de douze mois, paraissaient toutes avoir relativement bien surmonté leur deuil, alors que dans l'autre groupe l'évolution semblait défavorable. Les entretiens ont confirmé que l'état de santé constitue réellement un bon indicateur de la manière dont une personne gère les problèmes émotionnels d'un deuil.

Au cours d'un long entretien semi-directif, on a demandé à la veuve qui s'était rendu disponible pour elle dans les trois premiers mois suivant le décès, et par rapport à chaque personne citée, si elle avait trouvé cette présence utile, inutile ou neutre. On lui a demandé en outre s'il avait été ou non facile pour elle d'exprimer ses émotions avec la personne en question, si celle-ci l'avait encouragée à revenir sur le passé ou si elle l'avait incitée à focaliser son attention sur les problèmes actuels et à venir, et si elle avait proposé une aide sur le plan pratique. Comme l'objet de l'enquête était uniquement de déterminer la manière dont la veuve se remémorait ses

contacts avec autrui, on n'a pas cherché à vérifier si son compte rendu concordait avec celui des personnes concernées.

Lorsque les réponses des deux groupes de veuves ont été comparées, les différences suivantes sont apparues. Tout d'abord, les veuves dont l'état de santé n'était pas bon, douze mois après le décès, ont rapporté qu'elles n'avaient pas été suffisamment encouragées, ni à exprimer leur chagrin et leur colère, ni à évoquer leur passé et leur défunt mari. Elles se sont plaintes qu'au contraire, les autres semblaient avoir rendu l'expression de leurs émotions plus difficile en insistant pour qu'elles se ressaisissent et qu'elles se contrôlent, qu'elles n'étaient de toute façon pas les seules à souffrir et qu'elles feraient bien d'envisager les problèmes à venir plutôt que de s'appesantir inutilement sur le passé. À l'opposé, celles qui semblaient s'en être bien sorties disaient que les personnes en contact avec elles les avaient encouragées à pleurer et à exprimer l'intensité de leurs émotions ; et elles rapportaient le soulagement qu'elles avaient ressenti à pouvoir parler librement et longuement de leur passé avec leur mari et des circonstances de sa mort.

Comment interpréter ces résultats ? Une explication évidente, et sans doute la plus probable, est que l'attitude de leurs amis et de leur famille a conduit les veuves à supprimer ou à éviter l'expression de leur chagrin et que la tournure pathologique prise par leur deuil en a été la conséquence. Une autre explication est que la veuve aurait attribué à ses proches sa propre peur d'exprimer ses émotions et leur aurait reproché sa propre incapacité à y parvenir. Ou encore que les deux processus soient intervenus conjointement.

Cela étant, les formes de deuil pathologique décrites par Maddison et Walker ne peuvent toutes être rapportées à une inhibition ou à un évitement du chagrin : plusieurs veuves présentaient le syndrome de chagrin chronique décrit plus haut. Dans de tels cas, il est possible que les expériences rapportées par la personne soient le reflet d'une rupture dans la communication telle que ses proches ne soient pas perçus comme aidants et

compatissants. En l'absence de leur compréhension et de leur soutien, il a pu être difficile pour la veuve de trouver des incitations à un nouveau départ, à s'investir à nouveau dans le monde avec tous les risques de déception et de perte futures. Elle aura alors eu tendance, au contraire, à regarder en arrière, à rechercher sans cesse son mari, rencontré seulement en souvenir, et à se reprocher ce chagrin sans fin.

Cela nous conduit à notre dernier point. Nous ne sommes à l'aise ni avec une partie de la théorie présentée dans la littérature psychanalytique ni avec certains termes utilisés dans les discussions cliniques. Par exemple, il est courant de trouver les pleurs d'un adulte après une perte désastreuse qualifiés de « régression », ou le désir intense de la compagnie d'autrui, le besoin de s'accrocher, comme étant l'expression d'une « dépendance infantile ». Non seulement nous pensons que ces conceptions sont erronées sur le plan scientifique, mais elles correspondent clairement à une attitude qui, une fois introduite en clinique, ne peut que renforcer les tendances d'une personne endeuillée à se sentir coupable et à avoir honte des émotions et du comportement mêmes que la thérapie, selon nous, devrait justement l'aider le plus à exprimer.

Il existe d'autres termes et d'autres concepts qui, à notre avis, conduisent aux mêmes difficultés. « Pensée magique » et « fantasme » sont des mots à utiliser avec une extrême précaution. Un fantasme est par définition quelque chose de totalement irréaliste ; donc, qualifier les espoirs et les attentes d'un enfant quant au retour de sa défunte mère de « fantasme illusoire » revient, à nos yeux, à ne pas leur rendre justice. La croyance de Mme Q., selon laquelle son père était toujours en vie, était selon nous très probablement erronée, comme elle le soupçonnait elle-même, mais elle n'était pas absurde. Il y a parfois des erreurs, et des personnes disparues reviennent bien au moment où l'on s'y attend le moins. Les idées de Bill, le garçon de 16 ans qui espérait retrouver sa mère, étaient probablement peu judicieuses mais, sur un certain plan, c'était un projet tout à fait légitime. En évitant des termes

nels que « déni de la réalité » et « fantasme », et en utilisant à la place des expressions comme « incrédulité quant au fait que X se soit produit », « croyance que Y soit toujours possible » ou « projet pour réaliser Z », il nous semble possible de voir le monde davantage avec les yeux de nos patients et de maintenir une position neutre et empathique qui, selon notre expérience, nous rend mieux à même de les aider.

- I. À savoir aux Conférences 3 et 4 de cet ouvrage. (N.d.T.)
- II. *NdA* : Les données ont été obtenues à partir d'un échantillon relativement représentatif de 22 veuves entre 26 et 65 ans, interrogées l'année suivant la perte de leur mari. Chaque veuve a fait l'objet de pas moins de cinq longs entretiens cliniques, 1 mois, 3 mois, 6 mois, 9 mois et 12 mois et demi après le décès. De bons rapports se sont établis et beaucoup de gratitude a été exprimée pour cette compréhension mutuelle. Dans dix cas, la mort du mari avait été soudaine ; dans trois, elle a été rapide ; dans neuf cas, elle était prévisible depuis au moins une semaine.
- III. *Yearning*. Voir Conférence 3, note p. 90. (N.d.T.)
- IV. *Grieving*, voir Conférence 3, note p. 90, . (N.d.T.)
- V. On dispose aujourd'hui de bien plus d'informations sur ce qui influence le cours du deuil chez l'enfant. Voir Conférence 3, notes p. 90 et p. 96.
- VI. L'aspect insatisfaisant de tout autre arrangement a été exprimé de façon poignante par Wendy, la petite fille de 4 ans rencontrée par Barnes (Barnes, M.J., « Reactions to the death of a mother », art. cit.). Quand son père lui a énumérée la longue liste des personnes qui la connaissaient et qui l'aimaient, elle a répondu tristement : « Mais quand maman n'était pas morte, je n'avais pas besoin de tant de gens – je n'avais besoin que d'une personne. »
- VII. Organisations venant en aide aux personnes en détresse émotionnelle, suite à un deuil ou autre. (N.d.T.)
- VIII. En français dans le texte. (N.d.T.)

VI.

Confiance en soi^I, autonomie et ce qui y contribue¹

À l'automne 1970, la Tavistock Clinic a fêté son jubilé d'or. Pour marquer l'événement, la clinique et son organisation jumelle, l'Institut Tavistock des relations humaines, ont organisé une conférence avec présentation des travaux menés dans ces deux institutions. J'y ai présenté une première version de ce texte, qui a ensuite été publiée sous une forme plus étoffée dans les actes de la conférence.

La notion de base sûre^{II}

Il est de plus en plus démontré actuellement que le bonheur et l'efficacité créative sont à leur maximum chez les êtres humains, de tous âges, lorsque ceux-ci sont assurés de la présence, à leurs côtés, d'une ou de plusieurs personnes de confiance pour leur venir en aide en cas de difficulté. On peut considérer que cette personne de confiance, aussi connue sous le nom de figure d'attachement², fournit à son compagnon ou à sa compagne une base sûre, d'où mener sa vie.

La nécessité d'avoir une figure d'attachement, une base sûre personnelle, n'est en aucun cas limitée aux enfants, même si, en raison de son caractère impérieux dans les premières années, c'est là qu'elle est la plus évidente et qu'elle a été la plus étudiée. Il y a de bonnes raisons de penser, toutefois, que cette nécessité s'exerce aussi à l'adolescence et à l'âge de la

maturité. Il est clair qu'elle apparaît généralement moins nettement chez l'adulte, et qu'elle ne se manifeste sans doute pas de la même manière selon les sexes et à différentes périodes de la vie. Ces éléments, ainsi que les valeurs de la culture occidentale, conduisent souvent à négliger, voire à dénigrer, ce besoin de base sûre chez l'adulte.

Deux grandes catégories d'influences pèsent sur le fonctionnement de la personnalité tel qu'il se dessine actuellement. D'une part, la présence ou l'absence, partielle ou totale, d'une personne de confiance, volontaire pour fournir le type de base sûre nécessaire à chaque étape du cycle de vie, et capable de jouer ce rôle. Ce sont les influences externes ou environnementales. D'autre part, la relative capacité ou incapacité de l'individu, d'abord à déterminer la fiabilité et la bonne volonté d'autrui à lui servir de base sûre, puis à collaborer avec lui pour créer et maintenir une relation mutuellement satisfaisante. Ce sont les influences internes ou individuelles.

Ces deux catégories d'influences sont en interaction complexe et circulaire, tout au long de la vie. Dans un sens, le type d'expériences vécues par l'individu, en particulier dans son enfance, le conduit à s'attendre ou non à se trouver une base personnelle sûre, et à être plus ou moins compétent dans la création et le maintien d'une relation mutuellement satisfaisante lorsque l'occasion se présente. À l'inverse, la nature de ses attentes et son niveau de compétence jouent un rôle déterminant quant aux types de personnes qu'il fréquente et à la manière dont elles se comportent alors avec lui. Ces interactions font que le schéma mis en place au départ tend à persister. C'est pourquoi le type de relations familiales vécues dans l'enfance est d'une importance si cruciale pour le développement de la personnalité.

Un fonctionnement sain à tout âge revient ici, d'abord, à être capable de repérer les personnes appropriées, volontaires pour servir de base sûre et en capacité de le faire, et ensuite, à pouvoir collaborer avec elles dans une

relation mutuellement satisfaisante. *A contrario*, de nombreux troubles de la personnalité reflètent une capacité limitée à reconnaître les figures appropriées et volontaires et/ou, après la rencontre, à collaborer avec elles dans une relation positive réciproque. Ces limitations peuvent se manifester à des degrés divers et sous de nombreuses formes : par exemple, l’agrippement anxieux, les demandes excessives ou d’une intensité extrême compte tenu de l’âge et de la situation, le non-engagement distant et la revendication d’indépendance.

Paradoxalement, dans cette perspective, la personnalité saine ne se révèle nullement aussi indépendante que le supposent les stéréotypes culturels. Elle se caractérise essentiellement par une capacité à s’appuyer avec confiance sur autrui lorsque la situation l’exige, et à savoir alors sur qui porter judicieusement ce choix. Une personne au fonctionnement sain est encore capable de changer de rôle au gré des situations. À un moment, c’est elle qui sert de base sûre à son ou à ses compagnons ; à un autre, elle est heureuse de s’appuyer sur l’un d’eux, qui constitue, pour elle, une telle base à son tour.

Cette capacité à adopter l’un ou l’autre rôle selon les circonstances se retrouve, par exemple, chez beaucoup de femmes, au cours des phases successives de la maternité, à commencer par la grossesse et l’accouchement. Une femme capable de gérer tous ces changements avec succès se caractérise, selon Wenner³, par sa capacité à exprimer son besoin de soutien et d’aide, et ce de manière directe et efficace à quelqu’un qui convient. Elle est proche de son mari et elle se montre désireuse et ravie de compter sur son soutien. À son tour, elle est capable de donner spontanément à autrui, y compris à son bébé. Par contre, selon Wenner, une femme qui rencontre des problèmes émotionnels majeurs pendant sa grossesse et après l’accouchement se révèle avoir des difficultés à s’appuyer sur les autres. Soit elle est incapable d’exprimer son besoin de soutien, soit elle l’exprime avec exigence et agressivité, montrant dans les deux cas son absence de

confiance dans le fait qu'il pourra être satisfait. Généralement, elle est mécontente de ce qu'on peut lui apporter, et elle est elle-même incapable de donner spontanément aux autres.

La continuité du soutien potentiel, essence même de la base sûre, nécessite que la relation entre les personnes concernées ait une certaine durée, qui se mesure en années. Même si, pour la clarté de l'exposé, la théorie est souvent formulée dans des termes non affectifs, on doit avoir constamment à l'esprit que la plupart des émotions humaines les plus intenses se produisent lors de la formation, du maintien, de la perturbation et du renouveau de ces relations, où un partenaire sert de base sûre à l'autre ou encore où ils alternent dans ce rôle. Le maintien sans heurt d'une telle relation est vécu comme une source de quiétude^{III}, tandis que la menace de sa perte engendre l'anxiété et souvent la colère, et sa perte effective conduit à ce tourbillon émotionnel qu'est le chagrin.

La perspective théorique proposée ici englobe des notions bien connues en psychanalyse de la relation d'objet, comme le concept de dépendance mature de Fairbairn et celui d'environnement facilitant de Winnicott⁴. Elle diffère cependant de la théorie clinique classique sur un certain nombre de points. Par exemple, elle évite l'usage des expressions « dépendance » et « besoins de dépendance » qui, pense-t-on, sont en partie responsables de confusions très graves dans l'approche existante. Elle affirme aussi que les expériences vécues tout au long de l'enfance et de l'adolescence sont importantes pour le développement, au lieu de limiter cette influence quasi exclusivement aux premiers mois ou aux premières années de la vie. Par ailleurs, elle est formulée dans les termes de la théorie du contrôle et elle s'appuie non seulement sur des données cliniques, mais aussi sur les résultats d'un vaste ensemble d'études descriptives et expérimentales, à la fois chez les humains et chez les primates⁵.

L'objectif de cette présentation est d'apporter certaines preuves venant étayer cette perspective, d'examiner brièvement ce que nous savons des

conditions qui favorisent ou qui empêchent le développement d'une personnalité saine telle qu'elle est conçue ici et, si possible, de clarifier les aspects théoriques qui se sont révélés problématiques.

Études de la confiance en soi chez des hommes adultes et chez des jeunes

Ces deux dernières décennies, l'attention de nombreux cliniciens s'est tournée vers l'étude de personnes dont on peut raisonnablement penser qu'elles possèdent une personnalité saine, au fonctionnement correct. Non seulement elles ne présentent aucun des signes habituels de trouble de la personnalité, que ce soit dans le présent ou par le passé, autant qu'on puisse en juger, mais elles sont manifestement capables de compter sur elles-mêmes, et d'avoir du succès aussi bien dans leurs relations humaines que dans leur travail. Chacune des études publiées à ce jour comportant des lacunes, leurs résultats sont indicatifs. Premièrement, ces personnalités bien adaptées font preuve d'un équilibre harmonieux entre, d'une part, l'initiative et le fait de compter sur soi, et d'autre part, la capacité à rechercher de l'aide et à en faire usage lorsque les circonstances l'exigent. Deuxièmement, leur parcours révèle qu'elles ont grandi dans un foyer très uni avec des parents qui, semble-t-il, n'ont jamais hésité à leur fournir du soutien et des encouragements. Troisièmement, malgré des preuves moins substantielles sur ce point, leur famille elle-même s'inscrit depuis longtemps dans un réseau social stable où un enfant qui grandit est le bienvenu et peut interagir avec d'autres adultes comme avec des pairs, dont beaucoup lui sont familiers depuis sa plus tendre enfance.

À ce niveau, chaque étude brosse le même tableau, celui d'une base familiale stable d'où l'enfant d'abord, puis l'adolescent et finalement le jeune adulte s'élance dans une suite d'excursions de plus en plus longues. Le fait de compter sur soi-même est évidemment encouragé dans de telles

familles ; néanmoins, les enfants n'y sont pas forcés. Chaque pas suit le précédent dans un enchaînement d'étapes accessibles. Bien que les liens à la famille puissent s'atténuer, ils ne sont jamais rompus.

Les astronautes sont dans le haut du classement des hommes qui comptent sur eux-mêmes, capables de vivre et de travailler efficacement dans des conditions potentiellement très dangereuses et très stressantes. Leurs compétences, leur personnalité et leur histoire ont été étudiées par Korchin et Ruff. Dans deux articles⁶, ils publient leurs résultats préliminaires sur un petit échantillon de sept sujets.

Bien qu'ils s'appuient fortement sur leurs propres ressources et qu'ils préfèrent nettement agir avec indépendance, tous sont déclarés « à l'aise lorsqu'ils doivent compter sur les autres » et ils ont la « capacité à garder confiance dans des circonstances plus propices à la méfiance ». Les réactions de l'équipage d'Apollo 13, qui a rencontré un problème technique lors de son voyage vers la lune, sont une illustration de ces capacités. Non seulement ses membres ont maintenu leur propre efficacité dans une situation de danger extrême, mais ils ont continué à coopérer avec confiance et efficience avec leurs contacts sur Terre.

Lorsqu'on s'intéresse à leur histoire, on découvre que ces hommes « ont grandi dans des communautés relativement restreintes et bien organisées, empreintes d'une solidarité familiale considérable et d'une forte identification au père [...]. [On observe chez eux] un développement relativement régulier au cours duquel ils ont pu répondre aux défis disponibles, éléver leur niveau de prétention, réussir et gagner encore en confiance, accroissant ainsi leur compétence ».

Une autre étude, portant cette fois sur de jeunes étudiants qui, aux yeux de leurs enseignants, paraissaient en bonne santé mentale globalement et qui semblaient réussir comme animateurs auprès des jeunes ou dans des engagements associatifs est rapportée par Grinker⁷.

Sur les 65 étudiants interrogés, Grinker a considéré que seule une poignée présentait une structure de caractère névrotique. La grande majorité étaient apparemment des jeunes sans problème, qui s'autoévaluaient avec honnêteté et précision, doués d'une « capacité à entretenir des relations humaines proches et approfondies [...] avec les membres de leur famille, leurs pairs et leurs enseignants, ainsi qu'avec la personne qui les interrogeait ». Leur récit d'expériences d'anxiété et de tristesse a montré que ces émotions intervenaient dans des situations appropriées, sous une forme ni sévère ni prolongée.

Quant à leur vécu familial, l'image globale qui s'en dégage est remarquablement semblable à celle des astronautes. Dans tous les cas ou presque, leurs parents étaient encore en vie. Typiquement, leur foyer était heureux et paisible avec des parents qui partageaient ensemble leurs responsabilités et leurs centres d'intérêt, et qui étaient considérés par leurs enfants comme aimants et généreux. Au cours de leur enfance, ceux-ci s'étaient sentis par-dessus tout sécurisés avec leur mère, disaient-ils, tout en s'identifiant fortement à leur père. Grinker apporte de nombreuses autres preuves venant conforter ces conclusions.

Les résultats d'une recherche développementale⁸ portant sur 34 adolescents de caractère très divers, suivis de 10 à 17 ans, ainsi que ceux d'une petite étude⁹ concernant des bons élèves lors de leur passage du lycée à l'université, sont très proches de ceux de Grinker. Il y apparaît que la capacité à compter sur soi-même comme celle de compter sur autrui sont le fruit d'un entourage familial qui offre un fort soutien aux enfants, qui respecte leurs aspirations, leur sens des responsabilités et leur aptitude à affronter le monde. Loin de saper cette compétence, il paraît clair qu'un soutien familial fort peut au contraire encourager un enfant à avoir confiance en lui. Une étude plus récente¹⁰ portant sur 73 adolescents aboutit aux mêmes conclusions.

Dès le premier anniversaire de l'enfant, on peut observer qu'il a cette assurance qui prospère sur la base d'un attachement sûr à une figure de confiance. Il faudra attendre de plus amples recherches pour établir si ces schémas précoces sont réellement ou non précurseurs des schémas ultérieurs. Pour tous ceux qui ont une expérience en psychiatrie familiale, il semble bien que cela soit le cas.

Développement dans la prime enfance

Depuis les premiers travaux de Freud, un des grands principes de la psychanalyse veut que la personnalité trouve ses fondements dans la prime enfance. Les opinions divergent cependant sur les années considérées comme les plus importantes, sur les processus psychologiques impliqués et sur le type d'expériences déterminantes pour la suite. Tant que les données empiriques pertinentes faisaient défaut, il était inévitable que le débat soit sans issue. Aujourd'hui, toutefois, grâce au travail de psychanalystes, de psychologues cliniciens et d'éthologistes, la situation est en pleine évolution. Même si les données manquent encore cruellement, on en a suffisamment pour pouvoir tenter une articulation systématique entre elles et la théorie. De plus, grâce à des avancées en biologie théorique, il est possible de reformuler les concepts d'une manière qui leur est plus adaptée. Aujourd'hui, les perspectives de progrès sont bonnes.

Parmi les chercheurs au cœur de ce mouvement, on trouve Mary Salter Ainsworth qui, depuis sa collaboration à la Tavistock Clinic entre 1950 et 1954, continue à étudier les problèmes d'attachement et de séparation. Ainsi, elle a d'abord publié une étude naturaliste des interactions mère-bébé observées en Ouganda¹¹ et elle présente actuellement les résultats d'une étude planifiée de ces mêmes interactions, dans des foyers blancs de classe moyenne résidant à Baltimore, dans le Maryland.

Au cours de sa recherche en Ouganda, Ainsworth a noté la manière dont les bébés, dès qu'ils deviennent mobiles, se servent généralement de leur mère comme d'une base d'où ils partent à l'aventure. Lorsque les conditions sont favorables, ils s'éloignent d'elle pour des excursions exploratoires, revenant vers elle de temps à autre. Dès l'âge de 8 mois, presque tous les bébés observés, ayant bénéficié d'une figure maternelle stable à laquelle s'attacher, faisaient preuve de ce comportement ; mais si la mère s'absentait, ces excursions organisées devenaient moins évidentes, voire cessaient. Par la suite, Anderson¹² a fait des observations semblables d'exploration à partir d'une base, chez des enfants entre 15 mois et 2 ans et demi jouant dans un coin isolé d'un parc londonien, tandis que leur mère était tranquillement assise.

Dans son projet soigneusement planifié à Baltimore, Ainsworth est non seulement à même d'étudier de plus près ce type de comportement, mais elle en décrit plusieurs variantes individuelles observées dans un échantillon de vingt-trois bébés âgés de 12 mois. Les observations portent sur le comportement d'exploration et celui d'attachement des bébés, ainsi que sur l'équilibre entre les deux, à la fois quand les enfants sont à la maison avec leur mère et quand ils sont placés dans une situation de test légèrement étrange¹³. De plus, ayant recueilli des informations sur le type de maternage reçu par chaque bébé au cours de sa première année de vie (au moyen de sessions d'observation prolongée au domicile de l'enfant à des intervalles de trois semaines), Ainsworth est en mesure de proposer des hypothèses liant certains types d'organisation comportementale à 12 mois à certains types d'expériences de maternage préalables. Ce projet est décrit et les premiers résultats rapportés dans l'article d'Ainsworth et Bell¹³ ; les différences individuelles et leurs antécédents étant discutés dans celui d'Ainsworth, Bell et Stayton¹⁴.

Les résultats de cette étude montrent, à quelques exceptions près, que la manière dont un bébé de 12 mois se comporte, avec ou sans sa mère, à la

maison, est très proche de ce qu'il fait, avec ou sans elle, dans une situation test légèrement étrange. En s'appuyant sur les observations comportementales dans ces deux types de situations, il est alors possible de classer les bébés en cinq groupes principaux, selon deux critères : *a)* la quantité d'explorations dans l'un ou l'autre cas et *b)* la réaction à la mère – en sa présence, lorsqu'elle s'en va et lorsqu'elle revient^V.

Les cinq groupes, avec leur effectif, sont les suivants :

Groupe P. Le comportement exploratoire d'un bébé de ce groupe varie selon la situation et c'est en présence de sa mère qu'il est le plus évident. Il utilise celle-ci comme base, il enregistre où elle se situe et échange des regards avec elle. De temps à autre, il la rejoint et apprécie son contact. Lorsqu'elle revient après une brève absence, il l'accueille chaleureusement. Il ne manifeste pas d'ambivalence envers elle. N = 8.

Groupe Q. Le comportement de ces bébés est très proche de celui des enfants du groupe P. Les différences se situent, d'une part dans une plus grande activité exploratoire dans la situation étrange, d'autre part dans une tendance à l'ambivalence envers la mère. Si elle ne fait pas attention à lui, le bébé peut, soit se mettre à réclamer avec force, soit l'ignorer ou l'éviter à son tour. Pourtant, à d'autres moments, mère et enfant sont capables d'avoir ensemble des échanges heureux. N = 4.

Groupe R. Un bébé de ce groupe se livre à une exploration très active, indépendamment de la présence de sa mère et de la familiarité ou non de la situation. Par ailleurs, il a tendance à peu se soucier de sa mère et, souvent, être pris dans ses bras ne l'intéresse pas. À d'autres moments, en particulier après avoir été laissé seul dans la situation étrange, il se comporte de manière très contradictoire avec elle, recherchant sa proximité pour l'éviter ensuite, ou cherchant son contact pour s'échapper en se tortillant peu après. N = 3.

Groupe S. Le comportement des bébés de ce groupe est incohérent. À certains moments, ils paraissent très indépendants, généralement sur de

courtes périodes toutefois ; à d'autres, ils paraissent nettement inquiets ^{VI} de savoir où se trouve leur mère. Leur ambivalence dans leur contact avec elle est évidente, ils le recherchent fréquemment, mais ne semblent pas l'apprécier lorsqu'ils l'obtiennent, voire ils lui opposent une résistance farouche. Bizarrement, dans la situation étrange, ils ont tendance à ignorer la présence de leur mère et à éviter sa proximité comme son contact. N = 5.

Groupe T. Ces bébés se montrent plutôt passifs à la maison tout comme dans la situation étrange. On observe chez eux un comportement exploratoire faible, mais un autoérotisme important. Ils sont de toute évidence inquiets quant à l'endroit où se trouve leur mère et ils pleurent beaucoup en son absence ; pourtant ils peuvent se montrer nettement ambivalents lorsqu'elle revient. N = 3.

Lorsque l'on tente d'évaluer ces différents schémas comportementaux comme précurseurs d'un développement futur de la personnalité, les huit enfants des groupes S et T semblent les moins susceptibles d'acquérir une confiance en eux stable, tout en ayant confiance en autrui. Certains sont passifs dans les deux situations, d'autres explorent, mais seulement brièvement. La plupart d'entre eux sont inquiets de savoir où se trouve leur mère et la relation qu'ils entretiennent avec elle tend à être d'une ambivalence extrême.

Les trois enfants du groupe R sont des plus actifs dans leur exploration et ils semblent fortement indépendants. Pourtant leur relation à leur mère est prudente, légèrement détachée même. Pour un clinicien, ils donnent l'impression d'être incapables de faire confiance à autrui et d'avoir mis en place une indépendance prématurée.

Les quatre enfants du groupe Q sont plus difficiles à juger. Ils semblent se situer à mi-chemin de ceux des groupes R et P.

Si la perspective adoptée ici se révèle juste, ce seraient les huit enfants du groupe P les plus susceptibles, à terme, d'acquérir une confiance en eux stable tout en ayant confiance en autrui ; car ils alternent librement et sans

inquiétude entre un intérêt affairé pour l'exploration de leur environnement, avec les personnes et les objets qui s'y trouvent, et le maintien d'un contact intime avec leur mère. Il est vrai qu'ils semblent souvent moins compter sur eux-mêmes que les bébés des groupes Q et R et que, dans la situation étrange, ils sont plus affectés que ces derniers par les brèves absences de leur mère. Cependant, leurs relations avec elle semblent toujours joyeuses et confiantes, qu'elles s'expriment par des embrassades affectueuses ou par l'échange de regards et de vocalisations à distance, et cela paraît prometteur pour leur avenir.

Lorsque l'on examine le type de maternage reçu par chacun des enfants, sur la base des observations faites lors des longues visites à leur domicile toutes les trois semaines pendant leur première année de vie, on voit émerger des différences intéressantes entre les bébés des cinq groupes.

Pour évaluer le comportement de la mère envers son enfant, Ainsworth utilise quatre échelles de cotation en neuf points. Les résultats sur ces différents outils sont si fortement corrélés, cependant, que nous ne présenterons ici que ceux d'une seule échelle, celle qui mesure le degré de sensibilité ou d'insensibilité de la mère aux signaux et aux communications de son bébé. Une mère sensible paraît constamment « branchée » sur les signaux de son bébé, elle les interprète correctement le plus souvent, et elle y répond à la fois sans délai et de manière appropriée, tandis qu'une mère insensible ne les remarque généralement pas, elle les interprète mal lorsqu'elle y fait attention, et elle y répond tardivement, de manière inappropriée, ou pas du tout.

Lorsque l'on examine les notes obtenues à cette échelle par les mères des bébés de chacun des cinq groupes, on observe que celles des mères des huit bébés du groupe P sont uniformément élevées (de 5,5 à 9), celles des mères des onze enfants des groupes R, S et T sont uniformément basses (de 1 à 3,5) et celles des mères des quatre bébés du groupe Q sont intermédiaires (de 4,5

à 5,5). Ces différences sont statistiquement significatives (selon le test en U de Mann-Whitney).

Les évaluations des mères sur les trois autres échelles présentent des différences entre les groupes, qui vont dans la même direction et sont du même ordre de grandeur. Ainsi, les mères des bébés du groupe P ont des notes élevées à l'échelle d'acceptation-rejet, à celle de coopération-interférence et à celle d'accessibilité-ignorance. À l'inverse, les mères des bébés des groupes R, S et T ont des scores moyens à faibles à chacune de ces trois échelles. Celles des bébés du groupe Q ont des notes à peu près intermédiaires entre celles des mères des bébés du groupe P et celles des mères des bébés des trois autres groupes.

De toute évidence, beaucoup d'autres travaux seront nécessaires avant de pouvoir tirer des conclusions fiables dans ce domaine. Néanmoins, le schéma global de développement de la personnalité et celui des interactions mère-enfant observables à 12 mois sont suffisamment semblables à ceux que l'on peut respectivement observer à un âge plus avancé pour que l'on puisse raisonnablement penser que les premiers sont précurseurs des seconds. À tout le moins, les découvertes d'Ainsworth montrent qu'un bébé avec une mère sensible, accessible et réactive, qui accepte le comportement de son enfant et coopère avec lui, est loin d'être le petit être exigeant et malheureux que dépeignent certaines théories. Au contraire, un maternage de ce type est clairement compatible avec le développement chez l'enfant d'une certaine dose de confiance en lui dès son premier anniversaire, associée à une grande confiance en sa mère et à un plaisir à être en sa compagnie¹⁵.

D'autres résultats solides allant dans le même sens sont apportés par Baumrind¹⁶ qui a mené une étude très détaillée sur 32 enfants en crèche, âgés de 3 et 4 ans, et sur leur mère.

Donc, pour ce qui est de ces preuves un peu maigres, elles vérifient l'hypothèse selon laquelle une solide capacité à compter sur soi-même se

développe en parallèle au fait de compter sur son parent^{VII}, qui fournit à l'enfant une base sûre d'où partir en exploration.

Points de divergence avec les formulations théoriques actuelles

Même si le canevas théorique présenté ici n'est pas très différent de celui implicitement adopté par de nombreux cliniciens de terrain, il s'écarte sur certains points de l'approche très couramment enseignée. Voici quelques-unes de ces différences :

- a) L'accent sur le paramètre environnemental familier-étrange, qui n'a pas sa place dans la théorie classique ;
- b) L'accent sur les multiples composantes de l'interaction mère-enfant, autres que le nourrissage dont la survalorisation a grandement limité, selon nous, la compréhension du développement de la personnalité et de ce qui vient l'influencer ;
- c) Le remplacement des concepts de « dépendance » et d'« indépendance » par ceux d'attachement, de confiance, de compter sur autrui et de compter sur soi ;
- d) Le remplacement de la théorie des objets internes dérivés de la pulsion orale^{VIII} par une théorie des modèles de travail de soi-même et du monde. Ceux-ci sont élaborés par chaque individu à partir de ses expériences, ils déterminent ses attentes et servent de base à ses projets.

Examinons chacune de ces différences, qui sont étroitement liées.

L'importance fondamentale dans la vie des animaux et de l'homme du paramètre familier-étranger n'a été pleinement reconnue que ces vingt dernières années, longtemps après la formulation des diverses versions de la théorie clinique toujours enseignée à ce jour. On sait maintenant que, dans de nombreuses espèces, toute situation devenue familière à un individu est considérée par lui comme source de sécurité, alors que les autres situations

sont abordées avec prudence. L'étrangeté suscite des réactions ambivalentes ; d'un côté, elle provoque la peur et le retrait, de l'autre la curiosité et l'investigation. De nombreuses variables influencent le choix de l'une ou l'autre de ces réactions antithétiques : le degré d'étrangeté de la situation, la présence ou non d'un compagnon, le degré de maturité de l'individu, le fait qu'il soit en forme ou fatigué, en bonne santé ou malade.

Nous discuterons à la fin de ce texte des raisons pour lesquelles les propriétés de familiarité ou d'étrangeté en sont venues à avoir un impact aussi puissant sur le comportement, par rapport à leur rôle dans la protection en particulier.

Tant que l'on n'a pas pris la mesure de leur influence sur le comportement humain, il a été difficile de comprendre ce qui conduisait un enfant à s'attacher à sa mère. Le fait d'être nourri par elle était, pour Freud et la plupart des autres analystes, ainsi que pour les théoriciens de l'apprentissage, l'élément clé le plus plausible. Cette théorie, celle de la pulsion¹⁸ secondaire, bien qu'elle n'ait jamais été étayée par des preuves ou par un raisonnement systématiques, a bientôt été largement acceptée. Elle a naturellement conduit à deux autres idées largement suivies, elles aussi, voulant d'une part que les événements des premiers mois soient cruciaux pour le développement ultérieur, et d'autre part qu'une fois que l'enfant a appris à se nourrir seul, il n'ait aucune raison de continuer à réclamer la présence de sa mère : il se doit donc de dépasser cette « dépendance », stigmatisée dès lors comme étant infantile ou puérile.

Le point de vue adopté ici, qui a reçu de nombreuses preuves¹⁷, soutient que la nourriture ne joue qu'un rôle marginal dans l'attachement de l'enfant à sa mère, que l'intensité du comportement d'attachement est maximale¹⁸ au cours de la deuxième et de la troisième année mais qu'il persiste indéfiniment sous une forme atténuée, et que sa fonction est la protection. Il en découle que la séparation non voulue et la perte constituent des traumatismes potentiels tout au long de la prime enfance, de l'enfance et de

l'adolescence, et qu'à une intensité appropriée, la tendance à manifester un comportement d'attachement est une caractéristique saine et aucunement infantile.

Les notions et les termes de « dépendance » et d'« indépendance » viennent de cette même conception traditionnelle, selon laquelle l'enfant s'attache à sa mère parce qu'il dépend d'elle comme source de gratification physiologique. Dès qu'il peut se débrouiller seul, il devrait devenir indépendant, soutiennent les partisans de la théorie de la pulsion secondaire. Les signes de dépendance ultérieurs doivent donc être considérés comme régressifs. Une fois encore, tout désir intense de la présence d'une figure d'attachement en vient ainsi à être considéré comme l'expression d'un « besoin infantile », émanant d'une partie « bébé^{XI} » qui aurait dû être abandonnée.

Il existe de sérieuses objections à l'emploi des notions et des termes de « dépendance » et d'« indépendance » dans la théorie avancée ici ; ils sont donc remplacés par des expressions et des idées comme « avoir confiance en », « être attaché à », « compter sur autrui » ou « compter sur soi-même ». Premièrement, dépendance et indépendance sont inévitablement conçues comme s'excluant mutuellement ; alors que compter sur autrui et compter sur soi-même sont non seulement compatibles, mais complémentaires. Deuxièmement, qualifier quelqu'un de « dépendant » comporte une connotation péjorative inévitable, contrairement à l'idée de « compter sur autrui ». Troisièmement, le concept d'attachement implique toujours un attachement à une (ou plusieurs) personnes particulièrement aimées, alors que celui de dépendance n'implique aucune relation spécifique et tend au contraire à l'anonymat.

Le concept d'objet interne, quant à lui, très influencé aussi par le rôle spécifique accordé au nourrissage et à l'oralité dans les théorisations psychanalytiques, est ambigu à plusieurs titres¹⁸. On peut le remplacer par l'idée, dérivée de la psychologie cognitive et de la théorie du contrôle, de

l’élaboration chez l’individu d’un ou de plusieurs modèles de travail, représentant les caractéristiques principales du monde qui l’entoure et de lui-même en tant qu’acteur de ce monde. Ces modèles de travail déterminent ses attentes et ses prévisions, lui fournissant les outils pour construire des plans d’action.

Ce qui est appelé « bon objet » dans l’approche classique peut être reformulé dans ce cadre, en tant que modèle de travail d’une figure d’attachement conçue comme accessible, digne de confiance et prête à aider lorsqu’on lui en fait la demande. De même, ce qui est appelé « mauvais objet » correspond au modèle de travail d’une figure d’attachement à laquelle sont attribuées des caractéristiques comme une accessibilité incertaine, un défaut de réponse appropriée, voire la probabilité d’une réaction hostile. De manière analogue, l’individu établit un modèle de lui-même en tant que personne envers laquelle les autres vont réagir de façons prévisibles. Cette notion de modèle de travail de soi rassemble des éléments actuellement conçus en termes d’image de soi, d’estime de soi, etc.

Savoir dans quelle mesure ces modèles de travail sont une version correcte de l’expérience réelle de l’enfant ou une distorsion de celle-ci est un enjeu de taille. La psychiatrie familiale, ces vingt-cinq dernières années, a fourni de nombreuses données suggérant que le contenu des modèles est, en fait, bien plus fortement déterminé par les expériences réelles du sujet au cours de son enfance qu’on ne l’a supposé auparavant. C’est un domaine d’un intérêt vital qui requiert d’urgence des travaux pointus. Les personnes perturbées semblent souvent abriter plus d’un modèle d’elles-mêmes et de leur univers, ce qui constitue un problème spécifique sur le plan clinique comme sur celui de la recherche. De plus, ces modèles multiples sont souvent incompatibles et peuvent être plus ou moins conscients.

Inutile sans doute d’en rajouter pour montrer à quel point la notion de modèle de travail est centrale au point de vue proposé. Elle peut permettre

des recherches précises et rigoureuses, par la description qu'elle offre de nombreux aspects de la structure de la personnalité et du monde interne.

La perspective avancée ici est donc non seulement exprimée en un langage différent de celui de l'approche classique, mais elle contient aussi un certain nombre de concepts distincts. Ceux-ci autorisent, entre autres, une approche nouvelle du problème ancestral de l'angoisse de séparation qui, lorsqu'elle est excessive, s'avère peu propice au développement de la confiance en soi.

Le problème de l'angoisse de séparation ^{XII}

Ces vingt dernières années, James Robertson et d'autres collègues ont produit de nombreuses observations sur le comportement des jeunes enfants lorsqu'ils sont séparés de leurs parents et placés dans un environnement inconnu ^{XIII}, avec des personnes inconnues. Ces données n'ont toujours pas été complètement traduites dans la théorie clinique. Aucun accord n'a encore été trouvé sur la raison pour laquelle cette expérience engendre tant de détresse chez l'enfant sur le moment, ni sur ce qui le conduit par la suite à avoir une crainte aussi intense de la voir se reproduire.

Un certain nombre d'expériences ont été menées ces dernières années sur des jeunes singes séparés de leur mère, pendant une semaine généralement. Indépendamment des différences qui peuvent apparaître entre les réactions des singes et celles des humains dans ces circonstances, ce qui frappe immédiatement, ce sont les similitudes. Chez la plupart des espèces de singes étudiées, les petits protestent au moment de la séparation et dépriment pendant toute sa durée, et ce de manière très prononcée et, une fois réunis, ils s'agrippent bien plus à leur mère. Pendant les mois suivants, malgré des différences individuelles, les bébés ayant été séparés ont tendance à moins explorer et à s'accrocher davantage ; et ils demeurent visiblement plus timides que les petits qui n'ont pas vécu de séparation ¹⁹.

Ces études sur les singes sont très précieuses car :

a) à partir d'expériences planifiées contrôlant de nombreuses variables, elles fournissent des preuves nettes permettant de parvenir à des conclusions indiscutables, difficiles à obtenir chez les humains par des observations dans la vie réelle ;

b) elles démontrent que, même lorsque toutes les autres variables sont maintenues constantes, une période de séparation d'avec la mère engendre une protestation et une dépression, ainsi qu'une plus forte angoisse de séparation par la suite ;

c) elles montrent clairement que le type de réaction à la séparation observée chez les humains intervient, dans d'autres espèces, à un niveau primitif et vraisemblablement infrasymbolique.

Cette dernière conclusion remet en question les diverses théorisations de l'angoisse de séparation issues de la clinique, puisque la plupart d'entre elles tiennent pratiquement pour acquis que la séparation non voulue d'avec une figure maternelle ne peut par elle-même engendrer de l'anxiété ou de la peur, et qu'il doit donc exister un autre danger anticipé et craint. De nombreuses hypothèses variées ont été proposées sur la nature de cet autre danger. Par exemple, Freud, qui a, dès le début, considéré l'angoisse de séparation comme un problème essentiel, affirme que chez les humains, fondamentalement, « la situation de danger est la situation de détresse reconnue, remémorée, attendue²⁰ ». Melanie Klein fait intervenir l'instinct de mort et la peur de l'anéantissement, invoquant aussi l'angoisse dépressive et persécutrice. Le traumatisme de la naissance a également été avancé. D'après la littérature, il est on ne peut plus clair que la plupart des questions les plus vivement débattues en psychopathologie et en psychothérapie ont porté, et portent toujours, sur la conceptualisation de l'origine et de la nature de l'angoisse de séparation²¹. Puisque le débat dure depuis si longtemps et qu'il a si peu progressé, on peut se demander si l'on ne pose pas les mauvaises

questions et/ou si les prémisses ne sont pas erronées. Examinons donc les prémisses en cause.

Presque toutes les théories sur ce qui engendre la peur et l'anxiété chez l'homme sont parties du principe que la peur n'est adéquatement suscitée que par des situations perçues comme intrinsèquement douloureuses ou dangereuses. Une telle perception est censée être issue d'une expérience antérieure de la douleur ou d'une conscience innée de forces dangereuses au sein de l'individu. L'un ou l'autre de ces principes se retrouve dans la théorie de l'apprentissage, dans la psychiatrie classique, comme on peut le voir, par exemple, dans l'article de Lewis²², ainsi que dans toutes les diverses versions de la psychanalyse et de ses dérivés.

Toute personne adoptant un tel point de vue est, bien entendu, rapidement confrontée au fait que les êtres humains ont souvent peur dans bon nombre de situations courantes qui ne paraissent pas intrinsèquement douloureuses ou dangereuses. Combien d'entre nous, pouvons-nous nous demander, apprécieraient d'entrer dans une maison complètement inconnue, seuls dans le noir ? Quel soulagement pour nous d'avoir un compagnon à nos côtés ou une lampe torche, ou encore mieux les deux. Même si c'est dans l'enfance que ce genre de situations provoque la peur le plus facilement et avec la plus grande intensité, il est inutile de prétendre que les adultes sont au-dessus de ça. Qualifier ces peurs d'infantiles, comme cela arrive souvent, soulève beaucoup de questions.

Il est frappant de constater que, depuis les travaux systématiques de Jersild au début des années 1930, peu d'études empiriques ont été faites sur les situations engendrant couramment la peur chez l'homme. Les publications sur ces travaux sont des mines d'informations utiles²³.

Jersild rapporte que, chez les enfants entre 2 et 5 ans, il existe des situations bien définies provoquant généralement la peur. Par exemple, sur un échantillon de 136 enfants observés pendant trois semaines, 40 % d'entre eux ont eu peur, au moins une fois, en présence de chacun des éléments

suivants : *a*) un bruit, ou des circonstances associées à un bruit, *b*) la hauteur, *c*) des personnes inconnues ou des familiers habillés bizarrement, *d*) des objets et des situations étranges, *e*) des animaux, *f*) une douleur ou une personne associée à une douleur.

Il a aussi été largement démontré que les enfants avaient moins peur lorsqu'ils étaient accompagnés d'un adulte que lorsqu'ils étaient seuls. Pour qui connaît bien les enfants, il n'y a là rien de révolutionnaire.

Et pourtant, il n'est pas simple de faire cadrer ces faits avec les principes dont partent la plupart des théorisations. Freud était extrêmement conscient du problème et s'est avoué perplexe. Parmi ses tentatives de solution, on trouve celle bien connue consistant à distinguer le danger réel et le danger inconnu^{XIV}. L'argumentation qu'il avance dans *Inhibition, symptôme et angoisse* peut être résumée en ses propres termes : « Le danger réel menace à partir d'un objet extérieur²⁴ ». Donc, chaque fois que l'anxiété concerne un « danger connu », elle peut être considérée comme une « anxiété réaliste », tandis que lorsqu'elle concerne un « danger inconnu », elle doit être conçue comme « névrotique »^{XV}. Comme les peurs d'être seul dans le noir, ou en compagnie de personnes non familières concernent, selon Freud, des dangers inconnus, elles doivent être jugées névrotiques. De plus, comme tous les enfants ont de telles peurs, ils sont tous considérés comme atteints de névrose²⁵. Nombreux sont ceux qui ne se satisfont pas de cette solution.

Les difficultés dans lesquelles se débat Freud disparaissent dès que l'on opte pour une approche comparative de la peur chez l'homme. Car il devient évident que l'espèce humaine n'est pas la seule à exprimer de la peur, dans des situations qui ne sont intrinsèquement ni dangereuses ni douloureuses²⁶. Des animaux de toutes sortes d'espèces ont des comportements de peur en réaction au bruit et à des changements brusques de stimulé, à l'obscurité, ainsi qu'aux inconnus et aux événements étranges. La falaise visuelle et un stimulus qui grandit brutalement engendrent aussi couramment de la peur chez de nombreuses espèces d'animaux.

Lorsque l'on se demande comment des situations de ce type en sont venues à provoquer si aisément la peur chez des animaux d'espèces aussi diverses, il n'est pas difficile de s'apercevoir que, bien qu'aucune de ces situations ne soit intrinsèquement dangereuse, chacune l'est potentiellement à un certain niveau. En d'autres termes, alors qu'aucune ne comporte un risque élevé de danger, elles comportent cependant un léger accroissement du risque, même si celui-ci n'augmente, disons, que de 1 à 5 %.

Dans cette perspective, chacune de ces situations génératrices de peur constitue un indice naturel de risque accru de danger. Y réagir par la peur revient donc à réduire les risques. Si on poursuit le raisonnement, un tel comportement ayant une valeur de survie, l'évolution de l'équipement génétique de l'espèce fait en sorte que chacun de ses membres soit prédisposé à adopter communément ces comportements typiques. L'homme ne fait pas exception à cette règle.

On fait ici appel à une distinction, courante pour les éthologistes, mais qui engendre beaucoup de confusion et de perplexité chez les psychologues, expérimentaux comme cliniciens celle qui différencie la cause et la fonction biologique, distinction entre, d'un côté, les conditions qui provoquent le comportement et, de l'autre, la contribution de ce comportement à la survie de l'espèce. Dans cette théorie, l'étrangeté et les autres indices naturels sont considérés comme jouant chacun un rôle causal dans le déclenchement du comportement de peur ; tandis que la fonction de ce comportement est la protection.

La distinction entre la cause et la fonction d'un comportement donné peut être clarifiée, en prenant l'exemple du comportement sexuel où cette distinction est d'une telle évidence qu'elle est généralement tenue pour acquise et quasi oubliée. Elle se formule ainsi : des états hormonaux de l'organisme et certaines caractéristiques de l'autre éveillent ensemble un intérêt sexuel et sont les causes du déclenchement du comportement sexuel. La fonction biologique de celui-ci est cependant une autre affaire : c'est la

reproduction. Comme cause et fonction sont distinctes, on peut, par la contraception, intervenir entre le comportement et la fonction qu'il sert.

Chez les animaux de toutes les espèces non humaines, le comportement se déclenche sans que l'animal (suppose-t-on) ait conscience de sa fonction. Il en va de même pour la plupart des humains, la plupart du temps. Vu sous cet angle, il n'est pas pour nous surprendre que ceux-ci réagissent habituellement par la peur à certaines situations, bien qu'un observateur extérieur puisse savoir que le risque pour la vie n'y est que marginalement, voire nullement, accru. Ce à quoi la personne réagit au départ, c'est uniquement à la situation – une brusque variation du bruit ou de l'intensité lumineuse, un visage inconnu ou un événement étrange, un mouvement brusque – et non à l'estimation du risque. Celle-ci peut intervenir ou non, ensuite, de manière réfléchie.

On peut concevoir la séparation non voulue entre un jeune et son parent, ou d'ailleurs entre un adulte et son compagnon de confiance, comme étant simplement une autre situation de ce type, bien qu'elle en soit un exemple un peu spécial. Même dans les sociétés civilisées, il existe de nombreuses circonstances où le risque de danger est plus élevé quand on est seul que quand on est accompagné. C'est particulièrement le cas dans l'enfance. Par exemple, le risque d'accident domestique est évidemment plus important lorsqu'un enfant est seul que lorsque sa mère ou son père ne sont pas loin. De même pour les accidents dans la rue. En 1968, dans le quartier londonien de Southwark, 46 % de tous les accidents de la circulation ont impliqué des enfants de moins de 15 ans, parmi lesquels ceux âgés de 3 à 9 ans étaient les plus nombreux. Plus de 60 % de ces enfants étaient tout seuls, et les deux tiers de ceux qui restent n'étaient accompagnés que par un autre enfant. Pour les personnes âgées et les malades, vivre seul est un risque bien connu. Même pour un adulte en bonne santé, partir en randonnée ou faire de l'escalade seul accroît matériellement le risque vital. Dans l'environnement évolutif de l'homme, les risques liés au fait d'être seul devaient être encore

plus élevés. La réflexion amène donc à conclure que, si la solitude accroît le risque, il y a de bonnes raisons pour que, au cours de son évolution, l'homme ait développé des systèmes comportementaux le conduisant à l'éviter. Que les humains réagissent par la peur à la perte d'un compagnon de confiance n'est alors pas plus surprenant que leurs réactions de peur à tout autre indice naturel de danger potentiel – étrangeté, mouvement brusque, variation soudaine du bruit ou de l'intensité lumineuse. Dans chaque cas, cette réaction a une valeur de survie.

Le comportement de peur présente une caractéristique très particulière chez les humains et chez les autres animaux : il s'accroît avec le nombre d'indices naturels de danger présents dans une même situation, par exemple un étranger qui s'approche brusquement, un chien inconnu qui aboie, un bruit inattendu dans le noir. Dans leur commentaire des vingt et un jours d'observation par les parents des situations génératrices de peur chez leurs enfants, Jersild et Holmes²⁷ notent qu'au minimum deux des éléments suivants sont souvent rapportés comme s'étant produits simultanément : du bruit, une personne inconnue, une situation étrange, l'obscurité, un mouvement soudain et inattendu, et le fait d'être seul. Une situation ne comportant qu'un seul de ces indices ne ferait qu'alerter, alors que la peur, plus ou moins intense, se déclencherait plutôt lorsqu'ils se combinent.

La réaction à cette réunion de facteurs étant souvent spectaculairement plus forte ou différente qu'à l'un d'eux, il est pratique de qualifier ces situations de « composées », terme choisi en référence à son équivalent en chimie²⁸.

Conformément aux résultats d'autres recherches sur les effets des situations composées, les expériences avec des enfants humains et avec des singes rhésus²⁹ montrent qu'il existe d'importantes différences dans l'intensité de la réaction de peur, selon la présence ou non d'un compagnon de confiance. Par exemple, Jersild et Holmes³⁰ ont découvert que, lorsqu'on demande à des enfants de 3 ou 4 ans d'aller tout seuls récupérer un ballon

qui a roulé dans un endroit sombre, la moitié refusent de le faire malgré les encouragements de l'expérimentateur. En revanche, lorsque celui-ci les accompagne, ils sont presque tous volontaires. Le même type de différence s'observe dans d'autres situations légèrement effrayantes comme, par exemple, si l'enfant doit s'approcher d'un gros chien en laisse et le caresser.

Ces résultats correspondent tellement à l'expérience courante qu'il peut sembler absurde de s'y attarder. Et pourtant, il est évident que l'importance de ces phénomènes est sérieusement sous-estimée dans les théorisations de la peur et de l'anxiété par les psychologues et les psychiatres. Une fois prise en considération, il n'est plus guère mystérieux de constater, par exemple, que, dans toutes les situations hormis les plus familières, la peur et l'anxiété sont grandement atténuées par la simple présence d'un compagnon de confiance. Ces résultats nous permettent de comprendre également pourquoi l'accessibilité des parents et leur bonne volonté à répondre sont pour le bébé, l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte, propices à leur tranquillité d'esprit^{XVI}, établissant pour eux une base d'où ils peuvent sans crainte se lancer dans l'exploration. Ils éclairent aussi la manière dont, à partir de l'adolescence, d'autres figures de confiance en viennent à fournir ces mêmes services.

Ainsi la boucle est-elle bouclée, et on comprend pourquoi un soutien fort et sans faille de l'enfant par ses parents, accompagné de l'encouragement et du respect de son autonomie, loin de saper son assurance, est propice à l'épanouissement de celle-ci. Cela permet d'expliquer aussi comment, à l'inverse, l'expérience de la séparation et de la perte, ou de menaces en la matière, tout particulièrement lorsqu'elles sont utilisées par les parents comme sanctions pour obtenir le comportement voulu, peuvent miner la confiance de l'enfant, à la fois en lui-même et en autrui, conduisant ainsi à une déviation par rapport à un développement optimal, sous forme de manque d'assurance, d'anxiété chronique, de dépression, de non-engagement distant ou de revendication d'indépendance qui sonne creux.

On peut donc en conclure qu'une assurance solidement ancrée est généralement le résultat d'un parcours développemental mené sans entrave à son propre rythme, de la petite enfance à la maturité, au cours duquel l'interaction avec des personnes dignes de confiance et peu avares d'encouragements apprend à l'individu à conjuguer confiance en autrui avec confiance en soi.

- I. *Self-reliance* : généralement traduit par « autonomie », « indépendance », « autosuffisance » ou « confiance en soi », signifie s'appuyer sur ses propres ressources, en parallèle à *reliance on others*, s'appuyer sur autrui, sur qui on peut compter (*rely on*). Très utilisé dans ce texte et précisément contrasté ou associé par l'auteur avec d'autres termes, il est encore traduit ici par « confiance en soi », « assurance », « compter sur soi-même » en parallèle à « compter sur autrui », selon les passages. (N.d.T.)
- II. *Secure base* : port d'attache, base de repli au sens militaire, environnement où l'on se sent en confiance. Notion empruntée à Mary Ainsworth, qui la tenait de son directeur de thèse, William Blatz, pour qui la notion de *security* se distinguait clairement de celle de *safety* (« sécurité » en français) et constituait le fondement essentiel d'une personnalité saine, là aussi dans le lien à autrui (voir aussi Bowlby, J., *Le Lien, la Psychanalyse et l'Art d'être parent*, op. cit., et Wiart, Y., *L'Attachement, un instinct oublié*, op. cit.). (N.d.T.)
- III. *Security* : faux ami dont le sens est plus proche de celui de tranquillité d'esprit, d'absence d'inquiétude que ne l'évoque le terme « sécurité » en français dont l'équivalent anglais est *safety*. Voir Wiart, Y., *L'Attachement, un instinct oublié*, op. cit. (N.d.T.)
- IV. Référence au *Strange Situation Paradigm*, habituellement traduit par « paradigme de la situation étrange ». Il s'inspire des expériences de Harlow avec des bébés singes, qui introduisait des objets incongrus dans leur cage pour observer quelle mère de substitution leur servirait de refuge et de réconfort (voir Wiart, Y., *L'Attachement, un instinct oublié*, op. cit.). *Strange* signifie aussi bien « étrange », qu'« étranger » ou « non familier » et ces diverses traductions sont utilisées ici suivant le contexte. (N.d.T.)
- V. La classification présentée ici, établie sur le comportement dans les *deux* types de situations, est une version légèrement modifiée de celle présentée par Ainsworth *et al.* (« Individual differences in strange-situation behaviour of one-year-olds », art. cit.) où le comportement de l'enfant chez lui constitue la seule source de données. Les bébés classés ici dans les groupes P, Q et R sont les mêmes que ceux classés dans les groupes I, II et III d'Ainsworth. Ceux classés ici dans le groupe T correspondent à son groupe V, à l'exception d'un bébé qui, bien que passif à la maison, s'est révélé notablement indépendant dans la situation étrange et qui a donc été transféré dans le groupe S. Les bébés du groupe S sont ceux du groupe IV d'Ainsworth auxquels s'ajoute le sujet transféré. Cette nouvelle classification a reçu l'accord du professeur Salter Ainsworth.
- VI. *Anxious*. (N.d.T.)

VII. *Reliance on a parent. (N.d.T.)*

VIII. *Orally derived theory of internal objects. (N.d.T.)*

IX. *Drive. (N.d.T.)*

X. Voir les objections à ces tournures dans la note p. 68. Une meilleure manière de formuler ce passage serait : « [...] que le comportement d'attachement est plus aisément déclenché lors de la deuxième et de la troisième année de vie et qu'il persiste indéfiniment, même si au cours d'un développement sain, il est moins prompt à se manifester... »

XI. *Part of a baby self. (N.d.T.)*

XII. Traduction courante de *separation anxiety*, celle-ci pose ici problème car traditionnellement l'angoisse est définie comme une peur sans objet ; or le propos de Bowlby est de montrer qu'elle a bien un objet. *Anxiety* signifie « inquiétude », « peur », sans connotation théorique particulière, il a été traduit ici par « anxiété », ou par « angoisse » selon le contexte. (N.d.T.)

XIII. *Strange. (N.d.T.)*

XIV. *Unknown danger. (N.d.T.)*

XV. Opposition entre *realistic anxiety* et *neurotic anxiety* rendue par « angoisse devant un danger réel » et « angoisse névrotique » dans la traduction de Freud., S., *Inhibition, symptôme et angoisse* [1926], Paris, Presses universitaires de France, 1965, par M. Tort, p. 94.

XVI. *He feels secure. (N.d.T.)*

VII.

Création et rupture des liens affectifs¹

Chaque année, le Collège royal des psychiatres propose une conférence en l'honneur d'Henry Maudsley, membre bienfaiteur de l'institution qui l'a précédé, l'Association médico-psychologique royale (ainsi que du Maudsley Hospital). J'ai été invité à donner celle de 1976 au symposium du Collège à Londres, à l'automne. Une version étoffée de ma présentation a été publiée en deux parties au printemps de l'année suivante.

Étiologie et psychopathologie à la lumière de la théorie de l'attachement

Depuis mes études de psychiatrie au Maudsley Hospital, je me concentre sur la contribution de l'environnement au développement psychologique de l'individu. Ce thème a été négligé pendant de nombreuses années et ce n'est qu'aujourd'hui qu'il reçoit l'attention qu'il mérite. Ce n'est nullement la faute de ce fervent avocat de l'étude scientifique des troubles mentaux, dont nous nous remémorons la vie et l'œuvre en ce jour. Certains passages de ses écrits pourraient laisser croire qu'Henry Maudsley accordait peu de poids aux facteurs environnementaux, et pourtant c'est loin d'être le cas, comme on peut le découvrir à la lecture de son ouvrage majeur *Responsibility in Mental Disease*, dont la première édition a été publiée il y a presque tout juste un siècle. En réalité, dès le début de sa carrière, l'approche de

Maudsley a été celle d'un biologiste – comme on pouvait s'y attendre de la part d'un fils de fermier ; et il savait qu'en psychiatrie comme en toute chose biologique, il est nécessaire de prendre en compte à la fois « le sujet et son environnement, l'homme et ce qui l'entoure » et que cela requiert l'adoption d'une perspective développementale². Donc, en préparant cet exposé, qui constitue un honneur pour moi, j'ai été stimulé par la pensée que son thème, le développement social et émotionnel dans différents types d'environnements familiaux, s'inscrit dans la perspective de ce qu'Henry Maudsley a toujours défendu.

Ce que j'appelle, par commodité, la théorie de l'attachement est une conceptualisation de la tendance de l'être humain à établir des liens affectifs forts avec d'autres personnes spécifiques, et une explication des nombreuses formes de détresse émotionnelle et de troubles de la personnalité, dont l'anxiété, la colère, la dépression et le détachement affectif, engendrées par une séparation et une perte non voulue. En tant que corpus théorique, elle s'intéresse aux mêmes phénomènes qui ont jusqu'ici été traités sous les appellations de « besoin de dépendance », de « relation d'objet » ou de « symbiose et individuation ». Elle intègre une bonne partie de l'approche analytique, mais diffère de la psychanalyse classique par l'adoption de principes issus de disciplines relativement nouvelles comme l'éthologie et la théorie du contrôle ; cela lui permet de faire l'économie des notions d'énergie psychique et de pulsion, et aussi de tisser des liens étroits avec la psychologie cognitive. Elle revendique le mérite de concepts qui, bien que psychologiques, sont compatibles avec ceux de la neurophysiologie et de la biologie développementale, tout en obéissant aux critères ordinaires d'une discipline scientifique.

Les partisans de la théorie de l'attachement affirment que de nombreux troubles psychiatriques peuvent être attribués soit à des déviations dans le développement du comportement d'attachement, soit, plus rarement, à un échec de ce développement ; ils soutiennent aussi que cette théorie éclaire et

les origines et le traitement de ces troubles. En quelques mots, la thèse soutenue dans cet exposé est que si nous voulons être à même d'apporter une aide thérapeutique à un patient ainsi affecté, il est nécessaire que nous lui permettions de considérer en détail la manière dont son mode actuel de perception et de gestion des personnes importantes pour lui sur le plan émotionnel, y compris son thérapeute, peut être influencé et sans doute gravement biaisé par les expériences qu'il a vécues avec ses parents au cours de son enfance et de son adolescence, dont certaines se poursuivent peut-être encore aujourd'hui. Cela implique qu'il examine ces expériences le plus honnêtement possible, démarche que son thérapeute peut soit favoriser soit entraver. Dans un bref exposé, il n'est possible de présenter que les principes, et la logique qui les sous-tend. Commençons par un rapide aperçu de ce que l'on entend par théorie de l'attachement³.

Jusqu'au milieu des années 1950, n'était reconnue qu'une seule approche, explicitement formulée, de la nature et de l'origine des liens affectifs, sur laquelle s'accordaient psychanalystes et théoriciens de l'apprentissage. Elle veut que les liens entre personnes se développent parce qu'un individu découvre que la réduction de certaines pulsions¹, alimentaire chez le nouveau-né et sexuelle chez l'adulte, nécessite un autre être humain. Ce genre de théorie postule deux types de pulsions, primaire et secondaire ; elle classe la nourriture et le sexe comme primaires, et la « dépendance » et les autres relations personnelles comme secondaires. Bien que les théoriciens de la relation d'objet (Balint, Fairbairn, Guntrip, Klein, Winnicott) aient tenté de modifier cette formulation, les concepts de dépendance, d'oralité et de régression persistent à ce jour.

L'étude des effets négatifs de la privation d'attention maternelle^{II} sur le développement de la personnalité m'a conduit à remettre en question la pertinence de ce modèle traditionnel. Au début des années 1950, les travaux de Lorenz sur l'empreinte, publiés dès 1935, ont été plus largement diffusés et ils ont offert une autre approche. Il avait découvert qu'au moins chez

certaines espèces d'oiseaux se développaient des liens forts à une figure maternelle peu après la naissance, sans aucune référence à la nourriture et du simple fait de l'exposition et de la familiarisation du petit à la figure en question. Convaincu que les données empiriques sur le développement du lien de l'enfant humain à sa mère se comprennent mieux sur la base d'un modèle dérivé de l'éthologie, j'ai esquissé une théorie de l'attachement dans un article paru en 1958. Au même moment et de manière indépendante, Harlow⁴ a publié les résultats de ses premières recherches sur les bébés singes rhésus élevés avec des mères-mannequins. Il a découvert qu'un bébé singe s'agrippe à un mannequin qui ne lui fournit aucune nourriture, pourvu que celui-ci soit doux et confortable pour s'y accrocher.

Ces quinze dernières années, on a assisté à la publication d'un certain nombre d'études empiriques sur les enfants humains⁵, à l'amplification de la théorie de l'attachement⁶ et à l'examen de ses liens avec la théorie de la dépendance⁷. De nouvelles formulations sur l'anxiété pathologique et la phobie ont été proposées⁸, ainsi que sur le deuil et ses complications psychiatriques⁹. Parkes a étendu cette approche à un ensemble de réactions observées chaque fois qu'une personne rencontre un changement majeur dans sa vie¹⁰. De nombreuses études ont été menées sur un comportement comparable chez les primates¹¹.

En résumé, le comportement d'attachement se définit comme toute forme de comportement ayant pour conséquence l'établissement et le maintien de la proximité d'un individu avec une autre personne, clairement différenciée et préférée, généralement considérée comme plus forte et/ou plus sage. Particulièrement évident au cours de la petite enfance, le comportement d'attachement est cependant caractéristique des êtres humains du berceau à la tombe. Il s'exprime par les pleurs et les cris, qui suscitent l'attention, par la poursuite et l'agrippement, ainsi que par la protestation intense dès que l'enfant est laissé seul ou avec des inconnus. La fréquence et l'intensité de ses manifestations diminuent progressivement avec l'âge. Néanmoins, toutes

ces formes subsistent, constituant une part importante du bagage comportemental humain. Chez l'adulte, elles sont particulièrement visibles chez une personne malheureuse, malade ou effrayée. L'expression spécifique du comportement d'attachement d'un individu dépend, d'une part de son âge, de son sexe et des circonstances, d'autre part des expériences qu'il a vécues avec ses figures d'attachement par le passé.

En tant que conceptualisation du maintien de la proximité, la théorie de l'attachement se démarque de celle de la dépendance sur les points suivants ¹² :

a) la spécificité : le comportement d'attachement est dirigé vers un ou plusieurs individus spécifiques, avec un ordre de préférence clair en général ;

b) la durée : un attachement perdure une grande partie de la vie, le plus souvent. Même si, à l'adolescence, les premiers attachements peuvent s'atténuer et être complétés par de nouveaux, voire dans certains cas être remplacés par eux, ils ne sont pas facilement abandonnés et ils persistent généralement ;

c) l'implication des émotions ^{III} : la plupart des émotions humaines les plus intenses interviennent lors de la création, du maintien, de la perturbation et du renouveau des liens d'attachement. La création d'un lien se décrit comme tomber amoureux, son maintien comme aimer quelqu'un et la perte du partenaire comme pleurer l'autre. Parallèlement, la menace de perte engendre l'anxiété et la perte effective, le chagrin ; ces deux situations sont encore susceptibles de provoquer la colère. Le maintien sans nuages d'un lien est vécu comme source de quiétude ^{IV} et son renouvellement comme source de joie. Ces émotions étant généralement le reflet de l'état des liens affectifs d'une personne, il s'ensuit que la psychologie et la psychopathologie de l'émotion sont en grande partie celles des liens affectifs ;

d) l'ontogenèse : chez la grande majorité des bébés humains, le comportement d'attachement envers une figure préférée se met en place lors des neuf premiers mois de la vie. Plus les interactions sociales du bébé sont nombreuses avec une personne, plus il a de chances de s'attacher à elle. C'est pour cette raison que celui ou celle qui materne le plus souvent l'enfant devient sa figure principale d'attachement. Le comportement d'attachement est prompt à se déclencher jusqu'à la fin de la troisième année ; dans un développement sain, il s'active de moins en moins facilement par la suite ;

e) l'apprentissage : l'apprentissage permettant de distinguer le familier de l'inconnu est un processus clé dans le développement de l'attachement, par contre les récompenses et les punitions classiques utilisées par les psychologues expérimentaux n'y jouent qu'un rôle mineur. De fait, un attachement peut se développer malgré des châtiments répétés de la part de la figure d'attachement ;

f) l'organisation : au départ, l'organisation du comportement d'attachement est relativement simple. À partir de la fin de la première année, elle devient de plus en plus sophistiquée, se structurant selon des principes cybernétiques, en systèmes comportementaux qui intègrent des modèles de représentation de soi et de l'environnement. Ces systèmes sont activés par certaines conditions et éteints par d'autres. Parmi les conditions d'activation, on trouve l'étrangeté, la faim, la fatigue, et tout ce qui fait peur, et parmi celles d'extinction, le fait de voir ou d'entendre la figure maternelle et, plus particulièrement, d'avoir une interaction heureuse avec elle. En cas de forte mobilisation du comportement d'attachement, son extinction peut nécessiter le contact ou l'agrippement et/ou un câlin de la part de la figure maternelle. Par ailleurs, quand elle est présente ou que l'enfant sait elle se trouve, il cesse son comportement d'attachement pour se mettre à explorer son environnement ;

g) la fonction biologique : le comportement d'attachement est manifesté par les jeunes de presque toutes les espèces de mammifères et, dans un

certain nombre d'entre elles, il persiste tout au long de la vie adulte. Malgré de nombreuses différences de détail entre les espèces, il se caractérise globalement par le maintien de la proximité opéré par un individu immature envers un adulte préféré, presque toujours sa mère, ce qui semble lui conférer une valeur de survie. Ailleurs¹³, j'ai affirmé que la fonction du comportement d'attachement de loin la plus probable est la protection, vis-à-vis des prédateurs principalement.

Le comportement d'attachement est donc considéré comme distinct de ce qui relève des comportements alimentaire et sexuel, et comme étant au moins aussi important pour la vie humaine. Il n'a rien d'infantile ni de pathologique.

On notera que la notion d'attachement est très différente de celle de dépendance. Par exemple, la dépendance n'est pas spécifiquement liée au maintien de la proximité, elle n'est pas dirigée vers un individu spécifique, elle n'implique pas l'établissement d'un lien durable, pas plus qu'elle n'est obligatoirement associée à des émotions fortes. On ne lui attribue aucune fonction biologique. De plus, le concept de dépendance a des connotations exactement opposées à celles véhiculées par la notion d'attachement. Qualifier quelqu'un de dépendant est plutôt désobligeant, alors que dire qu'il est attaché à une autre personne peut tout à fait être une expression d'approbation. À l'inverse, le détachement dans les relations personnelles est généralement loin d'être considéré comme admirable. Le caractère désobligeant de la notion de dépendance, qui reflète l'échec à reconnaître la valeur de survie du comportement d'attachement, constitue à nos yeux un défaut rédhibitoire pour son utilisation en clinique.

Dans ce qui suit, l'individu exprimant un comportement d'attachement est le plus souvent identifié comme étant l'enfant, et la figure d'attachement comme étant la mère. Cela se justifie parce que ce comportement n'a jusqu'à présent été étudié de près que chez les enfants. Tout ce qui est dit s'applique cependant également aux adultes et à quiconque joue pour eux le rôle de

figure d'attachement – généralement un conjoint, un parent et plus souvent qu'on ne le pense, un enfant.

On vient de voir, *fc*i-dessus, que lorsque la mère est présente ou que son enfant sait où elle se trouve, et qu'elle est disposée à prendre part à un échange sympathique, celui-ci met généralement un terme à son comportement d'attachement pour explorer son environnement. Dans une telle situation, on peut dire que la mère sert à son enfant de base sûre d'où partir en exploration et où revenir, s'il se sent fatigué ou effrayé, notamment. Pendant le reste de sa vie, il fera sans doute preuve du même type de comportement, s'éloignant de ceux qu'il aime sur des distances et des durées de plus en plus longues, tout en maintenant toujours le contact et en finissant par revenir tôt ou tard. Pour un adulte, cette base est soit sa famille d'origine, soit celle qu'il s'est créée dans une nouvelle relation. Celui qui n'en dispose pas est sans racines et dans une solitude extrême.

Jusqu'ici, deux schémas comportementaux autres que celui d'attachement ont été évoqués : l'exploration et l'attention portée à autrui^V.

L'importance à part entière de l'activité exploratoire est aujourd'hui largement démontrée : elle permet à la personne ou à l'animal de se construire une image cohérente des caractéristiques de son environnement, qui peut à tout moment se révéler essentielle à sa survie. Les enfants et les autres jeunes créatures sont notoirement motivés par la curiosité et l'investigation, ce qui les conduit habituellement à s'éloigner de leur figure d'attachement. C'est en ce sens que le comportement exploratoire est antithétique à celui d'attachement. Chez l'individu en bonne santé, ces deux types de comportement se manifestent en alternance, normalement.

Le comportement des parents, et de toute personne dans un rôle de pourvoyeur d'attention^{VI}, est complémentaire à celui d'attachement. Le pourvoyeur d'attention a pour rôle, premièrement, de se montrer disponible et réactif quand on le lui demande et de la manière dont on le lui demande, et deuxièmement d'intervenir judicieusement si d'aventure l'enfant ou la

personne plus âgée, objet de l'attention, se trouve en difficulté. Non seulement il s'agit là d'un rôle clé, mais il a encore été largement démontré que la manière dont il a été assumé par ses parents détermine grandement la santé psychique ultérieure de l'individu. C'est pour cette raison, et aussi parce que c'est ce rôle que nous remplissons dans notre activité de psychothérapeute, que sa compréhension est, à nos yeux, d'une importance essentielle à la pratique thérapeutique.

Un dernier point doit être abordé, avant de passer aux implications de cette approche pour une théorie de l'étiologie et de la psychopathologie et donc de la pratique de la psychothérapie. Il concerne notre compréhension de l'anxiété, et de l'angoisse de séparation^{VII} en particulier.

Un principe communément admis, courant dans la plupart des théories psychiatriques et psychopathologiques, veut que la peur ne doive se manifester que dans des situations réellement dangereuses, et que celle qui s'exprime dans d'autres contextes est névrotique. On en conclut donc que, la séparation d'avec une figure d'attachement ne pouvant être considérée comme une situation réellement dangereuse, l'anxiété manifestée dans ce cas est névrotique. L'examen des preuves montre que le principe est faux, tout autant que la conclusion à laquelle il conduit.

D'un point de vue empirique, la séparation d'avec une figure d'attachement s'avère appartenir à une catégorie de situations susceptibles chacune de provoquer la peur, mais dont aucune ne peut être considérée comme intrinsèquement dangereuse. Parmi ces situations, on trouve, entre autres, l'obscurité, d'importantes variations soudaines du niveau de stimulus, comme des bruits forts, un mouvement brusque, des personnes inconnues et des choses étranges. La recherche montre que les animaux de nombreuses espèces sont alarmés par de telles situations¹⁴ et que c'est vrai des enfants humains¹⁵ comme des adultes. En outre, la peur a d'autant plus de risques de se déclencher avec la présence simultanée de deux de ces éléments ou plus, par exemple un bruit fort alors qu'on est seul dans le noir.

Selon nous, l'explication de cette réaction si systématique de peur dans de tels cas est que, même si aucune de ces situations n'est intrinsèquement dangereuse, elles comportent chacune un risque accru de danger. Le bruit, l'étrangeté, l'isolement et, pour beaucoup d'espèces, l'obscurité sont toutes des conditions statistiquement associées à un tel accroissement du risque. Le bruit peut être avant-coureur d'une catastrophe naturelle – incendie, inondation ou glissement de terrain. Pour un jeune animal, un prédateur est étrange, il se déplace et frappe souvent de nuit, et le risque est bien plus grand si sa victime potentielle est seule. Cette théorie voulant que l'évitement ou la fuite sont favorables à la survie ainsi qu'à la reproduction, les jeunes des espèces qui ont traversé les âges, l'homme y compris, sont donc porteurs d'une prédisposition génétique les conduisant à réagir au bruit, à l'étrangeté, à une approche brusque et à l'obscurité, comme si le danger était réellement présent. De même, ils réagissent à l'isolement en recherchant la compagnie. Les réactions de peur à ces indices naturels de danger font partie chez l'homme de son équipement comportemental de base¹⁶.

Dans cette perspective, l'anxiété ressentie lors d'une séparation non voulue d'avec une figure d'attachement ressemble à celle d'un général à la tête d'un corps expéditionnaire lorsque les communications avec son camp de base sont coupées ou menacées.

On en conclura donc que l'anxiété en cas de séparation non voulue constitue une réaction parfaitement saine et normale. Ce qui peut rendre perplexe, c'est la raison pour laquelle une telle anxiété se manifeste à une intensité si élevée chez certains, et au contraire si faible chez d'autres. Cela nous conduit aux questions d'étiologie et de psychopathologie.

Au cours de ce siècle, le débat a fait rage quant au rôle des expériences de l'enfance comme cause des troubles psychiatriques. Non seulement les psychiatres d'orientation classique se sont montrés sceptiques sur leur pertinence en la matière, mais les psychanalystes se sont aussi déchirés à ce sujet. Pendant longtemps, la plupart des analystes, accordant de l'importance

à la réalité des expériences vécues, ont concentré leur attention sur les deux ou trois premières années de l'existence et sur certaines techniques de maternage – le nourrissage et l'apprentissage de la propreté – et sur le fait que l'enfant ait été témoin des relations sexuelles de ses parents. S'intéresser aux interactions familiales et à la manière spécifique dont un parent traite un enfant donné n'était pas encouragé. Quelques extrémistes ont même affirmé que l'étude systématique des expériences d'un individu au sein de sa famille était hors du champ des préoccupations légitimes d'un psychanalyste.

Aucun praticien en psychiatrie de l'enfant, mieux qualifiée de psychiatrie familiale, ne peut réellement partager un tel point de vue. Dans une grande majorité des cas, non seulement les preuves existent d'une perturbation des relations familiales, mais les problèmes émotionnels des parents, issus de leur propre enfance malheureuse, pèsent souvent lourd dans la balance. La question m'a donc toujours semblé être, non d'étudier ou pas l'environnement familial d'un patient, mais de déterminer quelles caractéristiques peuvent être pertinentes, quelles méthodes d'investigation sont possibles et quel type de théorie rend au mieux compte des données. Beaucoup d'autres collègues ayant adopté la même optique, un bon nombre de recherches raisonnablement fiables ont aujourd'hui été menées par des spécialistes de diverses disciplines. Ce qui suit est une généralisation de leurs résultats, interprétés en termes d'attachement.

Le point central de ma thèse est qu'il existe une relation causale forte entre les expériences d'un individu avec ses parents et sa capacité ultérieure à établir des liens affectifs, et que les variations courantes de cette capacité, exprimées par la suite sous forme de problèmes de couple et de difficultés avec les enfants ou encore de symptômes névrotiques et de troubles de la personnalité, se rapportent à des variations courantes dans la manière dont les parents jouent leur rôle. De très nombreuses preuves à l'appui de cette thèse sont rapportées dans le deuxième volume d'*Attachement et perte* (chapitres 15 et suivants). La principale variable sur laquelle j'attire

l'attention est le degré auquel les parents de l'enfant *a)* lui fournissent une base sûre et *b)* l'encouragent à s'en éloigner pour explorer l'environnement. La performance des parents, sur ces deux plans, varie selon plusieurs paramètres. Le plus important d'entre eux sans doute, car il est au cœur de toute relation, est leur niveau de reconnaissance et de respect du désir et du besoin de base sûre chez leur enfant, et le degré d'adaptation de leur comportement en conséquence. Cela implique, premièrement, qu'ils aient une compréhension intuitive et compatissante du comportement d'attachement de celui-ci et la volonté d'y répondre pour y mettre ainsi un terme, et, deuxièmement, qu'ils reconnaissent que l'une des origines les plus courantes de la colère d'un enfant est la frustration de son besoin d'amour et d'attention, et que son anxiété reflète généralement son incertitude dans la disponibilité à long terme de ses parents. Le respect par les parents du désir de leur enfant d'explorer et d'étendre progressivement ses relations à ses pairs et à d'autres adultes est complémentaire de ce respect de ses besoins d'attachement, et il est tout aussi important.

La recherche indique que dans de nombreuses régions de Grande-Bretagne et des États-Unis, un peu plus de la moitié de la population enfantine grandit avec des parents qui apportent ces éléments à leurs enfants. Typiquement, ceux-ci deviennent sûres et pleins d'assurance^{VIII}, se montrant aussi prêts à coopérer avec les autres, à les aider et à leur faire confiance. Dans la littérature psychanalytique, on dit d'une telle personne qu'elle dispose d'un moi fort ; et on peut la décrire comme faisant preuve de « confiance fondamentale¹⁷ », de « dépendance mature¹⁸ » ou comme ayant « introjecté un bon objet¹⁹ ». Dans les termes de la théorie de l'attachement, on considère qu'elle a mis en place un modèle d'elle-même la représentant à la fois comme capable de s'aider elle-même et comme digne d'être aidée en cas de difficulté.

Toutefois, de nombreux enfants (dans certaines populations, un tiers ou davantage) sont élevés par des parents ne leur fournissant pas ce cadre.

Remarquons ici que l'attention se centre sur la relation avec un enfant en particulier, étant donné que les parents ne traitent pas tous leurs enfants de la même façon et qu'ils peuvent fournir d'excellentes conditions à l'un et de très mauvaises à l'autre.

Examinons certains des schémas déviants du comportement d'attachement parmi les plus courants chez les adolescents et chez les adultes, avec des exemples d'expériences d'enfance typiques de celles qu'ils ont probablement vécues par le passé et qu'ils peuvent être encore en train de vivre.

Nombre de ceux qui consultent un psychiatre sont des individus anxieux, en insécurité, généralement décrits comme hyperdépendants ou immatures. En situation de stress, ils peuvent développer des symptômes névrotiques, une dépression ou des phobies. La recherche montre qu'ils ont été exposés à au moins un des schémas typiques de parentage pathogène de la liste suivante, et généralement à plusieurs d'entre eux :

- a) un parent, ou les deux, qui se montre durablement sans réaction au comportement de recherche d'attention de son enfant et/ou qui le dénigre activement et le rejette ;
- b) des discontinuités dans le parentage, se produisant plus ou moins fréquemment, comme des périodes à l'hôpital ou dans une institution ;
- c) des menaces récurrentes de la part du parent de ne pas aimer l'enfant, utilisées comme moyen de le contrôler ;
- d) des menaces d'abandonner la famille, utilisées soit comme moyen éducatif envers l'enfant soit comme moyen de pression sur le conjoint ;
- e) des menaces de déserter ou même de tuer l'autre parent ou encore de se suicider (menaces bien plus courantes qu'on ne le pense) ;
- f) une culpabilisation de l'enfant, en affirmant que son comportement est ou sera responsable de la maladie du parent ou de sa mort.

N'importe laquelle de ces expériences peut conduire un enfant, un adolescent ou un adulte à vivre dans l'anxiété permanente de perdre sa figure

d'attachement et à faire preuve, en conséquence, d'un seuil peu élevé de déclenchement de son comportement d'attachement. Cet état est ce qu'il convient d'appeler un attachement anxieux¹⁹.

À cette liste s'ajoute un dernier type de situation passée, voire encore d'actualité pour ce type de personne, celle où un de ses parents, généralement sa mère, fait pression sur elle pour qu'elle soit sa figure d'attachement à lui, inversant ainsi la relation normale. L'exercice de ces pressions va de l'encouragement inconscient au développement prématûré du sens des responsabilités envers autrui, à l'usage délibéré de menaces ou de culpabilisation. Ceux qui subissent un tel traitement ont tendance à devenir hyperscrupuleux et rongés de culpabilité en plus de leur attachement anxieux. Une grande partie des cas de phobie scolaire et d'agoraphobie ont probablement cette origine.

Toutes les variantes de comportement parental décrites jusqu'ici risquent non seulement de susciter la colère de l'enfant envers ses parents, mais aussi d'en inhiber l'expression. Il en résulte beaucoup de ressentiment, en partie inconscient, qui persiste à l'âge adulte et qui s'exprime généralement à l'encontre de quelqu'un d'autre que les parents, une personne plus faible comme le conjoint ou un enfant par exemple. Celle-ci risque à son tour d'être sujette à un fort besoin inconscient d'amour et de soutien qui peut s'exprimer par une forme anormale de recherche d'attention comme des tentatives de suicide sans conviction, des symptômes de conversion, de l'anorexie mentale ou de l'hypocondrie, par exemple²⁰.

Une organisation du comportement d'attachement, manifestement à l'opposé de l'attachement anxieux, est décrite par Parkes²¹ sous l'étiquette d'autonomie²² compulsive. Au lieu de rechercher l'amour et l'attention d'autrui, ceux qui ont ce type d'attachement mettent un point d'honneur à serrer les dents et à se débrouiller par eux-mêmes, quelles que soient les circonstances. Eux aussi sont susceptibles de craquer sous le stress et de présenter des symptômes somatiques ou de la dépression.

Nombre d'entre eux ont eu un vécu assez similaire à celui des personnes à l'attachement anxieux, mais ils y ont réagi différemment en inhibant leur sentiment et leur comportement d'attachement et en désavouant, voire en ridiculisant, tout désir de proximité avec quiconque susceptible de leur apporter amour et attention. Nul besoin d'être très perspicace pour percevoir cependant leur profond manque de confiance dans les relations intimes et leur terreur à l'idée de s'autoriser à s'appuyer sur autrui, dans certains cas pour éviter la douleur du rejet et dans d'autres pour ne pas subir la pression de devoir s'occuper de l'autre. Comme pour l'attachement anxieux, on trouve chez eux un grand ressentiment sous-jacent qui, lorsqu'il se manifeste, s'exerce à l'encontre de personnes plus faibles, ainsi qu'un vif désir inexprimé d'amour et de soutien.

Le *caregiving*^{xi} compulsif est une organisation du comportement d'attachement comparable à l'autonomie compulsive. Celui qui en fait preuve peut s'engager dans de nombreuses relations intimes, mais toujours dans le rôle du pourvoyeur d'attention, jamais dans celui de receveur. Souvent, il sélectionne un canard boiteux qui apprécie, un temps, l'attention qui lui est consacrée. Mais le *caregiver* compulsif va aussi s'efforcer d'offrir ses services à des personnes qui ne les recherchent pas et qui n'en ont pas envie. Typiquement, dans son enfance, il a eu l'expérience d'une mère qui, par sa dépression ou en raison d'un autre handicap, a été incapable de s'occuper de lui, mais qui a au contraire apprécié que l'on fasse attention à elle, et qui exigeait peut-être aussi qu'il s'occupe de ses frères et sœurs plus jeunes. Ainsi, depuis son plus jeune âge, le *caregiver* compulsif s'est rendu compte que le seul lien affectif disponible pour lui s'établit dans une relation où il doit toujours être celui qui donne, et que la seule attention qu'il peut espérer recevoir est celle qu'il s'accorde à lui-même. (Les enfants élevés en institution évoluent parfois de cette façon, aussi.) Ici encore, comme dans le cas de l'autonomie compulsive, on trouve, de manière latente, un vif besoin d'amour et d'attention et une grande colère envers les parents

pour ne pas avoir satisfait celui-ci ; et une fois de plus, beaucoup d'anxiété et de culpabilité quant à l'expression de ces désirs. Winnicott²² décrit ces personnes comme ayant développé un « faux self », et il s'accorde à dire que son origine remonte à l'absence d'un maternage « suffisamment bon » dans l'enfance. Les aider à découvrir leur « vrai self » implique de leur permettre de reconnaître et de s'approprier leur besoin d'amour et d'attention, ainsi que leur colère envers ceux qui sont à l'origine de cette privation.

Ceux dont le comportement d'attachement et de *care-giving* a suivi une des évolutions ci-dessus risquent tout particulièrement d'être stressés s'ils sont confrontés à la maladie grave ou au décès d'une figure d'attachement ou de quelqu'un qui leur est cher, ou s'ils en sont séparés d'une manière ou d'une autre. La maladie grave intensifie leur anxiété et leur culpabilité aussi. La mort ou la séparation confirment leurs pires attentes et le désespoir s'ajoute à l'anxiété. Leur deuil risque alors de prendre une tournure atypique. Chez ceux dont l'attachement est anxieux, il se caractérise par une colère et des autoreproches d'une intensité inhabituelle, associés à de la dépression, et il pourra durer bien plus longtemps que la normale. Chez ceux atteints d'autonomie compulsive, il sera peut-être retardé pendant des mois, voire des années. Néanmoins, la tension et l'irritabilité seront généralement présentes et des épisodes dépressifs pourront intervenir, mais souvent si longtemps après que le lien causal avec le décès ou la séparation sera perdu de vue. Ces formes de deuil pathologique sont discutées par Parkes²³.

Ces personnes risquent, non seulement de s'effondrer après une perte ou une séparation, mais aussi de rencontrer des difficultés typiques quand elles se marient et ont des enfants. On peut manifester un attachement anxieux envers son conjoint et exiger constamment de l'amour et de l'attention, ou encore faire preuve de *caregiving* compulsif, avec un ressentiment latent car cette attitude ne semble ni appréciée ni réciproque. Chacun de ces schémas peut s'exercer envers un enfant, aussi. Dans le premier cas, le parent exige qu'il soit son *caregiver* et dans le second, il lui fournit avec insistance une

attention qui n'est plus appropriée à son âge et devient un « amour étouffant^{XII} ». Parmi ces perturbations du comportement de parentage, on trouve aussi le parent qui perçoit et traite son enfant à l'image d'un frère ou d'une sœur, ce qui entraîne par exemple la jalousie du père vis-à-vis des attentions de la mère envers leur enfant.

Une autre perturbation courante consiste pour le parent à percevoir son enfant comme une réplique de lui-même, en particulier de ces aspects de lui-même qu'il tente de réprimer : il cherche alors à les faire disparaître aussi chez son enfant. Dans ses efforts pour y parvenir, il risque d'avoir recours à des méthodes de discipline – soit brutales et violentes, soit réprobatrices ou sarcastiques, soit culpabilisantes – celles-là mêmes auxquelles il a lui-même été soumis enfant, et qui ont conduit au développement chez lui de ces problèmes qu'il tente aujourd'hui, si maladroitement, d'éviter ou de guérir chez son enfant. Un mari peut aussi percevoir et traiter sa femme selon le même principe, tout comme une femme, épouse et mère, peut le faire avec son mari ou son enfant. Face à un comportement déplaisant et contre-productif de cet ordre, il est utile de se rappeler que chacun d'entre nous est susceptible de faire à autrui ce qui nous a été infligé. L'adulte maltraitant est un enfant maltraité qui a grandi.

Quand quelqu'un adopte envers lui-même ou envers les autres des attitudes et des types de comportement similaires à ceux de son parent envers lui, par le passé, voire encore actuellement, on peut dire de lui qu'il s'identifie à ce parent. On pense que ces attitudes et ces types de comportement s'acquièrent par l'observation, par des mécanismes semblables donc à ceux qui permettent l'apprentissage d'autres formes comportementales complexes, comme les compétences pratiques.

Parmi les nombreuses autres formes de perturbation du fonctionnement familial et du développement de la personnalité, qui peuvent se comprendre en termes d'évolution pathologique du comportement d'attachement, il en est une bien connue, celle de l'individu émotionnellement détaché, incapable de

maintenir un lien affectif durable avec quiconque. Les personnes souffrant de ce handicap peuvent être qualifiées de psychopathes et/ou d'hystériques. Elles sont souvent délinquantes et suicidaires. Leur histoire type est celle d'une privation prolongée d'attention maternelle ^{XIII} dans leur prime enfance, souvent associée ultérieurement à un rejet et/ou une menace de rejet de la part de leurs parents ou de leur famille d'accueil ^{XIV}.

Pour expliquer pourquoi toutes sortes de personnes continuent à présenter ces caractéristiques longtemps après qu'elles ont grandi, il semble nécessaire de faire l'hypothèse de la persistance des modèles de représentation des figures d'attachement et de soi mis en place par un individu au cours de son enfance et de son adolescence, modèles qui tendent à se maintenir sans grand changement jusque dans sa vie adulte et tout au long de celle-ci. En conséquence, il se retrouve à assimiler à un modèle existant (de l'un ou l'autre de ses parents, ou de lui-même) toute nouvelle personne avec qui il pourrait établir un lien, comme un conjoint ou un enfant, un employeur ou un thérapeute, et il persiste à le faire en dépit de l'inadéquation évidente du modèle. De même s'attend-il à être perçu et traité par eux de manière conforme à son modèle de lui-même, et ce, indépendamment des preuves du contraire. Ces perceptions et ces attentes biaisées induisent diverses croyances trompeuses sur les autres, une anticipation erronée de leurs réactions et des actes inappropriés visant à devancer le comportement prévu. Ainsi, pour prendre un exemple simple, un homme fréquemment menacé d'abandon dans son enfance peut facilement attribuer à sa femme des intentions en ce sens. Il interprétera alors ses propos ou ses actes à la lumière d'une telle intention et agira ensuite de la manière qui lui semble la plus appropriée à cette situation issue de sa croyance erronée. Il ne peut s'ensuivre que conflits et malentendus. Dans tout cela, il n'est pas conscient de l'influence de son expérience passée, pas plus qu'il ne l'est de l'inexactitude de ses croyances et de ses attentes actuelles.

Dans la théorie classique, ce mécanisme est souvent décrit comme « internalisation d'un problème » et les erreurs d'attribution et de perception imputées à la projection, à l'introjection ou au fantasme. Non seulement les affirmations qui en dérivent sont susceptibles d'ambiguïté, mais le fait que de telles erreurs d'attribution et de perception soient directement issues d'expériences réellement vécues auparavant n'est que vaguement mentionné, voire totalement obscurci. Concevoir ces processus dans le cadre de la psychologie cognitive permet, à mon sens, une plus grande précision, et rend possible la formulation d'hypothèses testables quant au rôle causal de différentes sortes d'expériences d'enfance, lié à la persistance inconsciente des modèles de représentation de soi et des figures d'attachement.

Il faut noter que des modèles de représentation inappropriés, et néanmoins persistants, coexistent souvent avec d'autres, plus adéquats. Par exemple, un mari peut à la fois croire en la fidélité de son épouse et la soupçonner de projeter de le quitter. L'expérience clinique indique que plus les émotions engendrées par la relation sont fortes, plus les modèles précoce et les moins conscients risquent de prendre l'avantage. Rendre compte d'un tel fonctionnement psychique, classiquement abordé dans le cadre des mécanismes de défense, représente un défi pour les spécialistes de psychologie cognitive, mais qui fait déjà l'objet de toute leur attention^{24 XV}.

Quelques principes de psychothérapie

Ce sont donc là les éléments de psychopathologie qui s'appuient sur la théorie de l'attachement. Quel guide fournissent-ils pour l'évaluation des problèmes du patient et sur l'aide à lui apporter ?

Il faut avant tout établir si le problème présenté entre bien dans le champ d'application de la théorie de l'attachement, champ que la recherche n'a pas encore fini de cerner. Si cela semble être le cas, nous déterminons quelle est l'organisation habituelle du comportement d'attachement du patient, en

gardant à l'esprit à la fois ce qu'il nous dit sur lui-même et sur les relations qu'il entretient, et la manière dont il se comporte avec nous en tant que personne susceptible de lui venir en aide. Nous examinons aussi les événements pertinents de sa vie, en particulier les départs, les maladies graves ou les décès, ainsi que les arrivées, et en quoi ses symptômes actuels peuvent s'être établis en réaction récente ou retardée à ceux-ci. Au cours de cette exploration, nous pouvons commencer à nous faire une idée des schémas d'interaction qui prévalent dans son foyer actuel, c'est-à-dire soit sa famille d'origine, soit une nouvelle famille qu'il a contribué à créer, soit (sans doute tout particulièrement pour les femmes) les deux. Tout matériau historique éclairant les conditions de création des schémas actuels affine nos perceptions.

Une difficulté majeure dans ce processus d'évaluation est l'omission ou la falsification possibles de certains faits essentiels. Non seulement les proches – parents ou conjoint – peuvent omettre, réprimer ou falsifier des informations, mais le patient désigné aussi. Cela n'est bien sûr pas accidentel. D'une part, il est évident que la réalité des faits est difficile à admettre pour de nombreux parents qui, pour une raison ou pour une autre, ont négligé ou rejeté leur enfant, l'ont menacé d'abandon, ont fait des tentatives de suicide, se sont fait de multiples scènes ou se sont accrochés à lui pour satisfaire leur propre désir d'avoir quelqu'un qui s'occupe d'eux. Ils s'attendent inévitablement à des critiques et à des reproches, donc ils déforment la réalité, parfois sans le vouloir, parfois délibérément. D'autre part, leurs enfants ont grandi en sachant que la vérité ne doit pas être divulguée, tout en étant sans doute à moitié convaincus d'être eux-mêmes coupables de tous les maux, ce que leurs parents leur ont probablement toujours fait croire. Une manière courante de garder secrètes les perturbations familiales est d'attribuer les symptômes à une autre cause : il a peur des autres garçons à l'école (pas que sa mère puisse se suicider), elle souffre de maux de tête et d'indigestion (pas que sa mère la renie si elle

quitte la maison), il est difficile depuis sa naissance (pas que l'on ne voulait pas de lui et qu'il a été négligé), elle souffre de dépression endogène (pas qu'elle pleure tardivement un père disparu de nombreuses années plus tôt). Maintes et maintes fois, ce qui est décrit comme symptôme se trouve finalement être une réaction qui, s'étant détachée de la situation qui l'a causée, paraît inexplicable. Ou bien encore le symptôme est la conséquence de la tentative par le patient d'éviter de répondre par des émotions authentiques à une situation réellement pénible. Dans les deux cas, la tâche première essentielle consiste à identifier la situation, ou les situations, ayant conduit à la réaction du patient ou au blocage de celle-ci.

Il est clairement souhaitable que tout clinicien entreprenant ce type de prise en charge dispose d'une connaissance étendue des organisations déviantes du comportement d'attachement et de *caregiving*, ainsi que des expériences familiales pathogènes qui, pense-t-on, y contribuent ; et il devrait aussi être familier du type d'informations fréquemment omises, réprimées ou falsifiées. Un tel savoir permet souvent de trouver évident qu'il manque un élément crucial et que certains types d'affirmations sont douteuses ou clairement mensongères. Par-dessus tout, un clinicien qui a l'habitude de travailler en ce sens sait lorsqu'il lui reste encore à découvrir des faits et il est prêt soit à attendre l'émergence des informations adéquates, soit à sonder délicatement le terrain en fonction des hypothèses. Les novices sont enclins à tirer des conclusions hâtives et à se tromper.

Pour établir le tableau clinique, le psychiatre aura la sagesse de ne pas s'appuyer uniquement sur les méthodes classiques d'entretien mais, chaque fois que possible, d'entendre aussi un ou plusieurs membres de la famille. Aucune autre technique n'est susceptible de révéler en relativement peu de temps les schémas actuels d'interaction sous leur vrai jour, et de fournir des indications sur leurs conditions de mise en place. Un grand nombre de livres sur la psychiatrie familiale et sur la thérapie familiale sont aujourd'hui disponibles. Même s'ils attirent l'attention sur l'immense influence des

divers modes d'interaction sur chaque membre de la famille et s'ils décrivent des techniques d'entretien et des modalités d'intervention, les concepts qu'ils utilisent ne sont pas ceux de la théorie de l'attachement. Ils sont donc d'une valeur limitée pour les objectifs de cette présentation.

Un gros travail reste à faire avant de pouvoir affirmer avec certitude quels troubles du comportement d'attachement et de *caregiving* peuvent ou non être traités par psychothérapie, et si oui, quelle méthode est la plus appropriée. Cela dépend beaucoup de l'expérience du clinicien, de ses compétences et de ses talents. En règle générale, on peut suivre Malan²⁵ qui propose comme critère principal d'indication le fait que le patient désigné et/ou les membres de sa famille font preuve de bonne volonté à explorer leur problème dans la perspective présentée ici : cela apparaît généralement au cours de l'évaluation. Dans certains cas, et le patient désigné et ses proches veulent bien entendre, avec plus ou moins de réticence, que le problème ou les symptômes dont ils se plaignent semblent trouver leur sens par rapport aux événements et aux perturbations familiales qu'ils décrivent. Dans d'autres, assez fréquents, de telles idées sont inacceptables à l'une des parties, et parfois encore elles sont rejetées par tous comme absurdes et sans rapport. Nous établissons notre stratégie thérapeutique en fonction de ces réactions.

Nous manquons d'espace ici pour passer en revue les indications et les limitations des nombreuses formes possibles d'intervention thérapeutique, avec les parents et les enfants (de tous âges) ou avec les couples, ce sont là aujourd'hui des pratiques établies. Les entretiens conjoints ou individuels, l'alternance des deux, tous ont leur place, ainsi que les séances prolongées sur plusieurs heures : cependant, nous ne sommes pas encore à même de déterminer quel type d'intervention est sans doute le plus approprié à un problème donné. Cela étant, il existe certains principes qui s'appliquent indépendamment de la procédure thérapeutique. Pour des facilités de présentation, je prends le cas de la thérapie individuelle ; mais notez qu'il

est possible de reformuler chacun de ces principes pour qu'ils s'appliquent aux membres de la famille et non à une seule personne.

Selon moi, il incombe au thérapeute un certain nombre de tâches, liées entre elles :

a) d'abord et avant tout, fournir au patient une base sûre d'où il peut partir à l'exploration de lui-même et de ses relations avec toutes les personnes avec qui il a établi, ou pourrait établir, un lien affectif ; et simultanément lui faire comprendre clairement que c'est à lui que doivent revenir toutes les décisions sur la meilleure manière d'interpréter une situation et sur les actions les plus appropriées à entreprendre, et lui assurer qu'avec de l'aide, nous le croyons capable de prendre ces décisions ;

b) se joindre au patient dans ses explorations, en l'encourageant à examiner les situations dans lesquelles il a tendance à se trouver aujourd'hui avec les personnes importantes pour lui, et le rôle qu'il peut avoir dans la création de ces situations, ainsi que les émotions, les pensées et les actes qu'elles déclenchent chez lui ;

c) attirer l'attention du patient sur la manière dont il a tendance, peut-être sans le vouloir, à interpréter les émotions et le comportement de son thérapeute envers lui, lui faire prendre conscience des prédictions qu'il (le patient) établit et de ce qu'il fait en conséquence ; puis l'inviter à examiner si ses interprétations, ses prédictions et ses actes peuvent être, en partie ou totalement, inappropriés en fonction de ce qu'il sait du thérapeute ;

d) l'aider à concevoir comment les situations dans lesquelles il se retrouve typiquement et ses réactions typiques dans ces cas-là, qui concernent aussi ce qui se passe entre lui et son thérapeute, peuvent se comprendre par rapport à ce qu'il a réellement vécu avec ses figures d'attachement dans son enfance et son adolescence (et ce qu'il peut être encore en train de vivre) et par rapport à la manière dont il y a réagi alors (et dont il y réagit peut-être encore aujourd'hui).

Bien que ces quatre tâches soient conceptuellement distinctes, elles doivent être menées simultanément sur le plan pratique. Car c'est une chose pour le thérapeute que de faire son possible pour être une figure stable, fiable et aidante, et une autre pour le patient que de le concevoir ainsi et d'avoir confiance en lui. Plus les expériences du patient avec ses parents ont été négatives, moins il est facile pour lui de faire actuellement confiance à son thérapeute, et plus il sera enclin à percevoir, à concevoir et à interpréter de manière erronée les dires et les actes de celui-ci. Par ailleurs, moins il pourra lui faire confiance, moins il se livrera à lui, et plus il sera difficile pour les deux parties d'explorer les événements mystérieux, effrayants et douloureux qui se sont probablement produits lorsqu'il était plus jeune. Au final, plus les informations disponibles sur ce passé s'avéreront incomplètes et inexactes, plus les deux parties auront des difficultés à comprendre les émotions et les actes actuels du patient, et plus il persistera sans doute dans ses erreurs de perception et d'interprétation. On s'aperçoit donc que chaque patient est enfermé dans un système plus ou moins clos et qu'il n'est souvent possible de l'aider à s'en échapper que lentement, centimètre par centimètre.

Des quatre tâches ci-dessus, celle qui peut le plus attendre, c'est l'examen du passé, étant donné que sa seule pertinence est d'éclairer le présent. La séquence, pour le thérapeute et le patient qui travaillent main dans la main, consiste souvent à commencer par reconnaître que ce dernier a généralement tendance à réagir de manière contre-productive à un certain type de relations interpersonnelles, pour ensuite examiner le genre d'émotions et d'attentes que ces situations engendrent habituellement chez lui, et ce n'est qu'après que se pose le problème de savoir s'il a vécu des expériences, récentes ou lointaines, qui ont contribué à sa manière de réagir, avec ces émotions et ces attentes, dans les situations en question. Lorsque l'on procède ainsi, les souvenirs des expériences pertinentes sont évoqués, non pas simplement comme des circonstances malheureuses, mais sous

l'angle de l'influence étendue qu'elles exercent dans le présent du patient sur ses émotions, ses pensées et ses actes.

Il est évident qu'un grand nombre de thérapeutes, indépendamment de leur approche théorique, s'acquittent couramment de ces tâches et que donc une grande partie de ce que je dis leur est depuis longtemps familier. Dans la terminologie classique, les tâches en question correspondent à fournir du soutien, à interpréter le transfert et à construire ou reconstruire des situations du passé. S'il existe quelques nouveautés dans la présente formulation, elles reviennent à :

- a) accorder une place centrale, non seulement en pratique, mais aussi en théorie, à notre rôle consistant à fournir au patient une base sûre d'où il peut explorer, parvenir à ses propres conclusions et prendre lui-même ses décisions ;
- b) renoncer aux interprétations qui supposent diverses formes de fantasme plus ou moins primitif, et se concentrer à la place sur les expériences réellement vécues par le patient ;
- c) faire tout particulièrement attention aux détails du comportement réel probable des parents du patient envers lui, non seulement au cours de sa petite enfance et de son enfance, mais aussi au cours de son adolescence et jusqu'à aujourd'hui, ainsi qu'à la manière dont il y réagit d'habitude ;
- d) utiliser les interruptions dans le traitement, en particulier celles imposées par le thérapeute, de routine comme les vacances ou exceptionnelles en cas de maladie, comme autant d'occasions, d'observer d'abord la manière dont le patient interprète une séparation et dont il y réagit, et de l'aider ensuite à reconnaître ses interprétations et ses réactions, pour examiner enfin avec lui le comment et le pourquoi de la mise en place d'une telle façon de faire.

Insister sur le principe de diriger l'attention du patient sur les expériences réelles probables de son passé et sur l'influence qu'elles peuvent encore exercer sur lui a suscité de nombreuses incompréhensions.

Faisons-nous autre chose, peut-on se demander, qu'encourager le patient à attribuer toute la responsabilité de ses problèmes à ses parents ? Et si c'est le cas, quel bien cela peut-il faire ? Premièrement, il est bon de rappeler qu'en tant que thérapeute, il ne nous revient pas de déterminer qui est responsable et pour quoi. Notre tâche est plutôt d'aider le patient à comprendre dans quelle mesure il se trompe dans les perceptions et les interprétations des faits et gestes de ceux qu'il apprécie ou qu'il pourrait apprécier, au jour d'aujourd'hui, et à voir comment, en conséquence, il les traite de telle sorte qu'il en résulte des choses qu'il regrette ou qu'il déplore. Notre tâche consiste en fait à l'aider à examiner ses modèles de représentation de lui-même et de ses figures d'attachement qui, sans qu'il s'en aperçoive, gouvernent ses perceptions, ses prédictions et ses actions, à l'aider à repérer la manière dont ces modèles ont pu se mettre en place au cours de son enfance et de son adolescence, et, s'il le souhaite, à lui permettre de les modifier en fonction d'une expérience plus récente. Deuxièmement, dans la mesure où il serait prompt à blâmer ses parents, nous pouvons attirer son attention sur les difficultés émotionnelles et les expériences malheureuses que ceux-ci ont probablement vécues, et l'inviter ainsi à l'empathie. Gardant à l'esprit notre rôle médical, nous devons aborder les comportements sans doute profondément regrettables des parents du patient avec autant d'objectivité que nous tentons de le faire avec ceux du patient lui-même. Notre rôle n'est pas de désigner des coupables, mais de rechercher des chaînes de causalité avec l'objectif de les rompre ou d'en améliorer les conséquences.

C'est le moment de parler de thérapie familiale, puisque au cours des entretiens en famille, il est possible d'avoir une plus longue perspective sur l'apparition des difficultés actuelles. Si l'on profite de ces occasions pour dresser un arbre généalogique détaillé, des données essentielles peuvent émerger pour la première fois, en particulier lorsque l'on invite les grands-parents. Comme le remarquait un collègue, « c'est extraordinaire de voir

l'effet sur un patient d'entendre ses grands-parents parler de leurs grands-parents ».

Même si je pense que les mêmes principes s'appliquent à la thérapie familiale comme à la thérapie individuelle, les différences dans leur application sont trop nombreuses pour qu'on puisse les aborder ici, et elles méritent d'être traitées pleinement par elles-mêmes. On peut cependant mentionner une différence. Un des principaux objectifs de la thérapie familiale est de permettre à tous les membres de la famille d'être en lien les uns avec les autres, de telle sorte que chacun puisse disposer d'une base sûre au sein de la famille, comme cela se passe dans toutes celles dont le fonctionnement est sain. Dans ce but, on se préoccupe de comprendre de quelle manière ses membres réussissent à servir de base sûre à certains moments, et dont ils échouent à d'autres, par une méconnaissance des rôles de chacun, par des attentes irréalistes ou en reportant des types de comportement appropriés à un membre de la famille sur un autre membre, par exemple. Il en résulte que, dans une thérapie familiale, on consacre sans doute moins de temps à l'interprétation du transfert que dans une prise en charge individuelle. Un des principaux bénéfices de cette thérapie est que, lorsqu'elle se révèle efficace, elle peut souvent se terminer plus rapidement et avec moins de douleur et de perturbation que la thérapie individuelle, au cours de laquelle le patient en vient facilement à considérer son thérapeute comme la seule base sûre qu'il imagine jamais rencontrer.

Revenons maintenant spécifiquement à la thérapie individuelle.

J'ai déjà insisté sur le fait que, selon moi, une des tâches thérapeutiques majeures consiste à aider le patient à découvrir à quelles situations, présentes ou passées, ses symptômes sont liés, qu'ils soient des réactions à celles-ci ou les effets secondaires de ses tentatives pour ne pas y réagir. Pourtant, puisque c'est le patient qui a été exposé aux situations en question, en un sens, il est déjà en possession de toutes les informations pertinentes. Pourquoi a-t-il donc besoin de tant d'aide pour les découvrir ?

Le fait est que la grande majorité des informations les plus pertinentes concerne des événements extrêmement douloureux ou effrayants que le patient préférerait de loin oublier. Se rappeler que l'on vous a toujours dit que vous vous trompiez, que vous avez dû vous occuper d'une mère dépressive au lieu que ce soit de vous que l'on s'occupe, se souvenir de la terreur et de la colère que vous avez ressenties quand votre père était violent ou que votre mère proférait des menaces, de la culpabilité quand on vous disait que votre comportement allait rendre votre parent malade, de votre chagrin, de votre désespoir et de votre colère après une disparition, et de l'intensité de votre languiissement en vain lors d'une période de séparation imposée : nul ne peut repenser à cela sans ressentir à nouveau l'anxiété, la colère, la culpabilité ou le désespoir. Nul, non plus, ne souhaite croire que ce sont ses propres parents, ceux-là mêmes qui, à d'autres moments, ont pu se montrer gentils et attentionnés, qui se sont comportés parfois de manière extrêmement pénible. Et les parents ne risquent pas davantage d'avoir encouragé leur enfant à enregistrer et à se souvenir de tels événements ; bien trop souvent, de toute évidence, ils ont cherché à invalider ses perceptions et l'ont enjoint au silence. De leur côté, il est tout aussi douloureux pour ces parents de s'intéresser à la contribution éventuelle de leur propre comportement passé, voire présent, aux problèmes actuels de leur enfant. Les parties concernées ressentent donc de fortes pressions à l'oubli et à la déformation, à la répression et à la falsification, à l'exonération des uns et au blâme des autres. Ainsi, selon nous, les processus défensifs se mobilisent aussi fréquemment contre la reconnaissance et la remémoration de certains événements réels et des émotions suscitées par eux, que contre la prise de conscience de pulsions ou de fantasmes inconscients. De fait, ce n'est souvent qu'après s'être rappelé et avoir raconté les détails du déroulement d'une relation douloureuse et perturbée qu'émergent à la conscience les émotions qu'elle a suscitées et les réactions que l'on a envisagé d'avoir. Je me souviens très bien d'une jeune fille d'une vingtaine d'années, silencieuse

et inhibée, sujette à la maison à des humeurs soi-disant imprévisibles et à des crises hystériques, et de sa réponse à ce commentaire de ma part : « On dirait que votre mère ne vous a jamais vraiment aimée. » (Elle était la seconde fille, suivie peu de temps après par deux garçons, très attendus.) Dans un torrent de larmes, elle a confirmé mon hypothèse en citant, texto, les remarques de sa mère, de son enfance jusqu'à aujourd'hui, et en évoquant le désespoir, la jalousie et la rage suscités chez elle par la manière dont celle-ci la traitait. Puis elle aborda tout naturellement le fait qu'elle était profondément persuadée que je la trouvais moi aussi indigne d'amour et que ses relations avec moi seraient aussi désespérées que celles qu'elle avait toujours eues avec sa mère, ce qui expliquait ses silences boudeurs qui bloquaient la thérapie.

La technique mise au point pour venir en aide aux personnes en deuil illustre bien les principes que je décris. Ici, les événements en cause, ainsi que les émotions, les pensées et les actes qu'ils ont provoqués, sont récents et donc susceptibles d'être remémorés avec plus de clarté et d'exactitude que des faits remontant à l'enfance et les réactions de l'époque. Par ailleurs, la douleur est souvent, soit encore présente, soit plus facilement accessible.

Les spécialistes du soutien au deuil²⁶ ont découvert empiriquement que, ce qui aide vraiment, c'est d'encourager leurs clientes à se rappeler et à raconter, de manière très détaillée, tous les événements qui ont conduit au décès, ses circonstances, ainsi que ce qu'elles ont vécu depuis^{XVI}. Car, apparemment, c'est la seule chose qui permet à une veuve, ou à toute personne en deuil, de se confronter, d'une part à ses espoirs, ses désespoirs et ses regrets, à son anxiété, sa colère et à sa culpabilité peut-être, et d'autre part, point tout aussi important, à toutes les actions et réactions qu'elle avait en tête hier et qu'elle peut encore envisager, dont beaucoup ont peut-être toujours été inappropriées et contre-productives dans son couple par le passé, mais qui le seraient à coup sûr aujourd'hui. Il est souhaitable que la personne en deuil examine, non seulement tout ce qui a entouré le décès,

mais aussi l'historique complet de sa relation, avec ce qu'elle a comporté de satisfactions et d'insatisfactions, avec ce qui a été réalisé et ce qui attend toujours. Apparemment, en effet, ce n'est qu'après avoir fait cette démarche d'examen et de réorganisation de son passé qu'une veuve peut se considérer en tant que telle, envisager les futurs qui s'offrent à elle, avec leurs limitations et leurs opportunités, et en tirer le meilleur parti sans tension ou effondrement ultérieurs. Ces principes s'appliquent aussi bien entendu aux veufs et aux parents qui ont perdu un enfant.

Jusqu'ici, je n'ai pas mentionné les conseils. Les expériences de soutien au deuil ont montré que ceux-ci font plus de mal que de bien, tant que l'endeuillé n'a pas eu suffisamment de temps pour avancer un peu dans l'examen de son passé et dans sa réorientation vers le futur. Par ailleurs, les gens ont plus besoin d'informations que de conseils. Car une veuve se retrouve dans une situation bien différente de ce qu'elle a connu auparavant. De nombreuses activités familières ne sont maintenant plus possibles, et elle peut manquer d'informations sur celles qui s'ouvrent désormais à elle, avec leurs avantages et leurs inconvénients. Il peut se révéler très utile, en temps et en heure, de lui fournir des informations appropriées, de la guider vers leur obtention, et de l'aider à analyser leurs implications pour l'avenir, tout en la laissant prendre les décisions. Hamburg a souligné à de nombreuses reprises la grande importance de la recherche et de l'utilisation d'informations nouvelles, étape indispensable à la gestion de toute transition stressante²⁷. Aider un patient en ce sens au bon moment et de la bonne manière est donc la cinquième tâche du thérapeute.

Aider un patient en psychiatrie correspond à des tâches et à des techniques de nature semblable, à mes yeux, à celles que l'on rencontre dans le soutien au deuil. Les différences existantes sont dues au fait que les modèles de représentation du patient, et son schéma comportemental qui en dérive, sont ancrés depuis si longtemps que la plupart des événements ayant conduit à leur mise en place se sont produits dans un passé éloigné, et que le

patient et les membres de sa famille peuvent se montrer extrêmement réticents à l'idée de les examiner sous un nouveau jour. Il en résulte qu'un thérapeute a un rôle complexe à jouer, quand il aide un patient en psychiatrie à explorer son univers et sa propre personnalité.

Ainsi, il doit encourager son patient dans une démarche exploratoire, même en cas de résistance de sa part, et il doit aussi l'aider dans sa recherche en attirant son attention sur des caractéristiques de son histoire, pertinentes selon toute probabilité, tout en l'éloignant de celles qui semblent dénuées d'intérêt et qui viennent le distraire. Souvent, il lui fera remarquer sa réticence à la simple évocation de certaines possibilités et sans doute simultanément, il compatira à la confusion, à l'anxiété et à la colère qu'une telle démarche peut engendrer chez lui. On remarquera que, dans tout cela, je suis en accord avec ceux qui pensent que le rôle du thérapeute devrait être actif. Cependant, pour être efficace, ce dernier doit admettre qu'il ne peut pas aller plus vite que son patient, et qu'en dirigeant avec trop d'insistance son attention sur des sujets douloureux, il va susciter sa peur, et s'attirer sa colère ou son profond ressentiment. En dernier lieu, il ne doit jamais oublier que, même si ses propres hypothèses lui paraissent plausibles voire convaincantes, il est en comparaison de son patient mal placé pour connaître les faits, et qu'à long terme, c'est ce que celui-ci croit en toute honnêteté qui doit être reconnu comme définitif.

Nous touchons ici à une question d'une extrême importance, celle de l'approche et des valeurs du thérapeute en relation à son patient et à ses problèmes. En effet, sa perspective et les attitudes qu'il adopte influencent nécessairement celles de son patient, ne serait-ce que par le processus grandement inconscient d'apprentissage par observation (l'identification). Ici, l'expérience que fait le patient du comportement de son thérapeute, du ton de sa voix et de la manière dont il aborde les sujets, est au moins aussi importante que ce qu'il peut dire. Donc, en gardant à l'esprit la théorie de l'attachement, le thérapeute communiquera à son patient, essentiellement par

des moyens non verbaux, son respect et son empathie envers ses désirs d'amour et d'attention adressés à ses proches, envers son anxiété, sa colère et sans doute son désespoir, lorsque ses souhaits n'ont pas été satisfaits et/ou ont été ridiculisés, non seulement par le passé, mais peut-être encore actuellement, et envers sa détresse et son chagrin suscités par un deuil éventuel dans son enfance. Il lui indiquera encore qu'il comprend que des conflits, des attentes et des émotions semblables sont activés dans la relation thérapeutique également. Il lui communiquera aussi, de manière verbale comme non verbale, son respect de son désir d'explorer le monde et de prendre ses propres décisions, et il l'encouragera dans ce sens, tout en reconnaissant qu'il peut être profondément convaincu d'être incapable d'y parvenir, à cause de ce qu'on lui a toujours répété. Dans ces échanges courants, le thérapeute fait inévitablement preuve d'une certaine manière d'aborder les relations interpersonnelles et cela ne peut qu'influencer la perspective de son patient. Par exemple, il remplace une approche faite de reproches, de punitions et de vengeance, ou de coercition par culpabilisation, ou de communication évasive et mystificatrice, par un discours et une manière d'être qui introduisent la compréhension du point de vue d'autrui et la négociation ouverte avec lui. À certains moments de la thérapie, il peut se révéler utile d'aborder ces différentes manières de traiter les gens et les conséquences probables de chacune. Lors de ces discussions, le thérapeute se retrouvera sans doute à soulever des problèmes et à fournir des informations, tout en laissant, une fois encore, au patient le soin de prendre ses décisions.

De toute évidence, mener correctement une telle entreprise exige du thérapeute non seulement une bonne compréhension théorique, mais aussi de l'empathie et une capacité à faire face à des émotions intenses et douloureuses. Ceux qui font preuve d'une tendance fortement organisée à l'autonomie compulsive ne sont guère à même de s'y livrer et seraient bien avisés de s'en abstenir.

Lorsque j'ai détaillé plus haut les quatre tâches de base du thérapeute, j'ai souligné le fait que, bien que conceptuellement distinctes, elles doivent s'exercer simultanément en pratique. Quant à savoir jusqu'où une thérapie peut et doit être menée avec une famille ou un patient donnés, c'est une question complexe et difficile. Le principal problème est sans doute que, pour une personne, restructurer ses modèles de représentation et réévaluer certains aspects des relations humaines, tout en modifiant en parallèle sa manière de traiter les autres, est une démarche qui risque d'être longue et parcellaire. Dans des conditions favorables, le travail s'opère d'abord sous un angle, puis sous un autre. Au mieux, les progrès se font en spirale. Jusqu'où le thérapeute est prêt à aller et jusqu'où il s'implique est question de personne, d'un côté comme de l'autre. Parfois, il suffit d'une ou de quelques séances pour permettre au patient ou à la famille de voir les problèmes sous un nouveau jour ou pour avoir confirmation qu'un point de vue, rejeté et ridiculisé par les autres, tient la route et peut être avantageusement adopté²⁸. L'un des grands intérêts des entretiens en famille, c'est de dévoiler le point de vue de chacun sur la vie familiale et d'œuvrer ensemble à sa réévaluation et à son changement. Souvent, ils permettent aussi à tous les membres de la famille de découvrir, généralement pour la première fois, les expériences malheureuses que l'un ou l'autre des parents peut avoir vécues par le passé et qui peuvent apparaître rapidement comme étant à l'origine du conflit actuel. (Un excellent exemple d'une crise conjugale actuelle rapportée aux conséquences persistantes d'un deuil insurmonté après une perte dans l'enfance est décrit par Paul²⁹.) Il existe cependant de nombreux autres cas où une période de traitement beaucoup plus longue peut se révéler nécessaire avant d'observer un quelconque changement, en particulier chez des patients ayant développé un faux self très organisé, sous la forme d'une compulsion à l'autonomie ou à la prise en charge d'autrui.

Cela étant, que le traitement soit de courte ou de longue durée, il est clairement démontré que si le thérapeute n'est pas disposé à s'engager dans une relation authentique avec la famille ou avec le patient, aucun progrès ne peut s'envisager³⁰. Cela implique que celui-ci doit, dans la mesure du possible, satisfaire le désir de base sûre de son patient, tout en admettant que tous ses efforts ne lui permettront pas d'y répondre totalement et de le combler au mieux, et qu'il doit participer à ses explorations en tant que compagnon prêt à prendre l'initiative ou à la lui laisser. Le thérapeute doit encore accepter d'aborder les perceptions que son patient a de lui, ainsi que leur aspect plus ou moins approprié, ce qui n'est pas toujours facile à déterminer. Dernier point, il ne doit pas lui cacher la vérité, lorsqu'il ressent de l'anxiété ou de la colère à son sujet. C'est d'une importance toute particulière pour les patients dont les parents ont durablement simulé une affection visant à dissimuler un profond rejet de leur personne. Guntrip³¹ a bien décrit le travail du thérapeute : « Cela consiste, à mes yeux, à fournir une relation humaine compréhensive et fiable, qui entre en contact avec l'enfant traumatisé profondément réprimé, permettant [au patient] d'être de mieux en mieux à même de vivre, dans la sécurité^{XVII} d'une relation réelle nouvelle, avec l'héritage traumatisé de son éducation, qui s'infiltre ou fait irruption à sa conscience. »

Lorsqu'il adopte une telle position, le thérapeute prend certains risques dont il est bon qu'il soit averti. Premièrement, la soif de base sûre et la peur effroyable du rejet peuvent rendre les demandes du patient insistantes et difficiles à gérer. Deuxièmement, et beaucoup plus grave, il peut exprimer ses exigences en utilisant avec son thérapeute les mêmes méthodes dont un de ses parents a usé avec lui par le passé. Ainsi, un homme qui a vécu, dans son enfance, une inversion de rôles avec sa mère qui exigeait qu'il prenne soin d'elle et qui l'y contraignait par la menace ou la culpabilisation, peut faire de même avec son thérapeute. De toute évidence, il est extrêmement important pour celui-ci de reconnaître ce qui se passe, de retracer l'origine

des stratégies utilisées et d'y résister, c'est-à-dire de poser des limites. Et pourtant, plus les techniques de culpabilisation sont subtiles et plus le thérapeute a envie d'aider, plus grand est le danger qu'il se laisse emporter. Une telle séquence rend compte, à mon sens, des nombreux cas décrits par Balint³² de « régression maligne », classés par d'autres sous l'étiquette de « borderline ». Les problèmes cliniques qu'ils soulèvent sont bien illustrés par Main et aussi par Cohen *et al.*³³. Ce dernier groupe de chercheurs souligne le danger pour un thérapeute à ne pas reconnaître quand les attentes d'un patient deviennent irréalistes, car ce dernier peut brusquement se sentir totalement rejeté et sombrer dans le désespoir, lorsqu'il lui apparaît que celles-ci ne seront pas satisfaites.

La théorie de l'attachement s'adresse, dans l'ensemble, aux mêmes problématiques que les autres approches psychopathologiques – la dépendance, les relations d'objet, la symbiose, l'anxiété, le chagrin, le narcissisme, le traumatisme et les processus défensifs –, il est donc peu surprenant que la plupart des principes thérapeutiques auxquels elle donne lieu soient connus depuis longtemps. Certaines concordances entre les idées que j'avance et celles de Balint³⁴, Winnicott³⁵ et d'autres, ont été discutées par Pedder³⁶ en lien avec le traitement d'un patient dépressif doté d'un « faux self ». D'autres, par exemple l'équivalence du concept de jeu³⁷ avec ce que j'appelle ici l'exploration, ont été notées par Heard³⁸. D'autres encore sont évidentes, avec les approches des thérapeutes qui ont attiré l'attention sur le rôle joué, dans la genèse des dépressions épisodiques et de beaucoup d'autres symptômes névrotiques, par l'échec à faire le deuil d'un parent dans l'enfance ou l'adolescence³⁹ ou à surmonter sa tentative de suicide⁴⁰. Pourtant, même si ces concordances sont réelles, il existe aussi des divergences significatives, à la fois d'accent et d'orientation. Elles portent sur la conception, d'une part de la place du comportement d'attachement dans la nature humaine (ou, *a contrario*, sur l'usage que l'on fait des concepts de dépendance, d'oralité, de symbiose et de régression), et

d'autre part de la manière dont une personne acquiert des modes déplaisants et contre-productifs d'interaction avec ses proches ou des croyances malvenues consistant, par exemple, à se dire qu'elle est intrinsèquement incapable de faire quoi que ce soit d'utile ou d'efficace.

Tous ceux qui raisonnent en termes de dépendance, d'oralité ou de symbiose rapportent l'expression des désirs et du comportement d'attachement chez un adulte à une régression à un état jugé normal dans la petite enfance et l'enfance, souvent celui de téter le sein maternel. Cela conduit les thérapeutes à parler à leur patient de « la partie enfant de vous-même » ou de « votre besoin de bébé d'être aimé et nourri », et d'évoquer un état de régression à propos de quelqu'un qui pleure après un deuil. Toutes ces affirmations sont erronées, selon moi, pour des raisons à la fois théoriques et pratiques. Concernant la théorie, j'en ai dit assez pour faire apparaître clairement que je considère le désir d'être aimé et que l'on fasse attention à soi comme étant partie intégrante de la nature humaine tout au long de l'âge adulte comme de l'enfance, et que l'on doit s'attendre à l'expression de tels désirs chez toute grande personne, en particulier lors de maladies ou de catastrophes. Sur le plan de la pratique, il me paraît hautement indésirable de faire référence aux « besoins de bébé » d'un patient lorsque nous sommes en train de l'aider à retrouver ses désirs naturels d'amour et d'attention qu'il s'est efforcé de nier, en raison d'expériences malheureuses antérieures. Si l'on conçoit ces désirs comme infantiles et qu'on les nomme ainsi, un patient peut facilement interpréter nos remarques comme désobligeantes, lui rappelant un parent désapprobateur qui rejette un enfant en quête de réconfort et le traite de « stupide et puéril ». Une autre manière de faire consiste à parler du désir d'être aimé et de recevoir de l'attention, désir que nous avons tous, mais qui, chez lui, a été enfoui lorsqu'il était enfant (pour des raisons que nous pouvons alors préciser) XVIII.

Un second pôle de divergence se rapporte à notre conception de la manière dont une personne en vient à exercer sur son conjoint ou sur ses

enfants, et parfois aussi sur son thérapeute, des pressions désagréables, par exemple des menaces de suicide ou des modes de culpabilisation subtils. Bien que ce problème ait été reconnu par le passé, on a accordé peu d'attention à la possibilité que le patient ait appris à exercer de telles pressions parce qu'il en a lui-même souffert, enfant, et qu'il copie aujourd'hui son parent, consciemment ou non.

Un troisième pôle concerne l'origine du désespoir et de l'impuissance prolongés. Classiquement, cela a été rapporté, presque exclusivement, aux effets de la culpabilité inconsciente. Mon point de vue, qui va dans le sens des recherches de Seligman sur l'impuissance acquise⁴¹ et qui est aussi compatible avec l'approche classique, est qu'une personne facilement plongée dans de tels états a été exposée, de manière répétée dans sa petite enfance et dans son enfance, à des situations de refus et de châtiment lorsqu'elle tentait d'influencer ses parents pour obtenir davantage de temps, d'affection et de compréhension de leur part.

Au final, on peut se demander si l'efficacité d'une thérapie, selon les principes décrits ici, a été démontrée, et si oui, dans quel type de cas ? La réponse à cette question est qu'il n'en existe pas de preuves directes parce qu'aucune série de patients n'a été traitée spécifiquement avec cette technique et qu'il n'a donc pas été possible d'en examiner les résultats. Ce qu'on peut dire, au plus, c'est que certaines preuves indirectes sont encourageantes. Elles proviennent de l'étude de l'efficacité des thérapies brèves et du soutien au deuil.

Pendant plusieurs années, Malan⁴² a examiné les résultats de thérapies brèves (arbitrairement définies comme comportant moins de quarante séances) et il en a conclu qu'on peut isoler un groupe de patients plus susceptibles de tirer bénéfice d'un certain type de psychothérapie, dont on peut aussi spécifier les caractéristiques. Les patients en question sont ceux qui, lors des premiers entretiens, se montrent capables de faire face à leur conflit émotionnel et qui sont disposés à explorer leurs affects et à travailler

dans le cadre d'une relation thérapeutique. La technique qui s'est révélée efficace est celle où le thérapeute se sent capable de comprendre les problèmes de son patient et de formuler un projet, et où il met l'accent sur le transfert, l'interprétant audacieusement, avec une attention particulière à l'anxiété et à la colère du patient au moment de lui fixer une date de fin de traitement.

Au cours d'une étude de réPLICATION, Malan et ses collègues sont parvenus aux mêmes conclusions. Ils ont découvert par ailleurs qu'un « facteur thérapeutique important était la bonne volonté du patient à s'impliquer d'une manière qui répète une relation d'enfance » avec un de ses parents ou avec les deux, ainsi que sa capacité, avec l'aide du thérapeute, à reconnaître cet enjeu⁴³. Une autre étude des mêmes chercheurs, cette fois avec des patients dont l'état s'est amélioré au bout d'une seule séance, offre une confirmation de cette conclusion⁴⁴.

Bien que l'approche psychopathologique utilisée par Malan et ses collègues soit différente par certains aspects de celle présentée ici, il existe d'importantes similitudes entre elles. Par ailleurs, comme on peut le remarquer, les principes de la technique qu'ils trouvent efficace sont très proches de ceux préconisés dans ce texte.

L'évaluation de l'efficacité du soutien au deuil, chez des veuves apparemment en difficulté, est également très encourageante. Celles qui ont reçu le type d'aide évoqué plus haut ont été significativement plus nombreuses à aller mieux au bout de treize mois que les membres d'un groupe contrôle n'ayant pas bénéficié d'un tel accompagnement⁴⁵.

Il faut bien entendu reconnaître qu'il est beaucoup plus facile d'établir des principes thérapeutiques que de les appliquer dans les conditions extrêmement variées de la pratique clinique. Par ailleurs, la théorie elle-même n'en est encore qu'à un stade précoce de développement et elle nécessite d'être approfondie. Déterminer l'ensemble des troubles cliniques

qui relèvent de son champ, ainsi que les variantes de technique les mieux à même de les traiter spécifiquement, est parmi nos priorités.

En attendant, les partisans de la théorie de l'attachement pensent que sa structure et sa relation aux données empiriques sont aujourd'hui suffisantes pour que son utilité puisse faire l'objet d'études systématiques. Dans les domaines de l'étiologie et de la psychopathologie, elle peut servir à formuler des hypothèses spécifiques reliant diverses formes d'expérience familiale à différents types de troubles psychiatriques, et éventuellement aux changements neurophysiologiques qui y sont associés, comme le pensent Hamburg et ses collègues⁴⁶. Dans le domaine de la psychothérapie, elle peut permettre d'établir les caractéristiques d'une technique de prise en charge, de décrire le processus thérapeutique et, en fonction des progrès nécessaires dans l'évaluation, de mesurer le changement. Selon l'avancée de la recherche, la théorie en elle-même fera sans doute l'objet de modifications et de développements ultérieurs. Cela donne l'espoir qu'un jour, la théorie de l'attachement trouvera légitimement sa place au sein du vaste corpus de la science psychiatrique qu'Henry Maudsley a tout fait pour promouvoir.

- I. *Drive.* (N.d.T.)
- II. *Deprivation of maternal care* : voir Conférence 1, note p. 37. (N.d.T.)
- III. Bien que ce paragraphe soit assez peu différent de certains passages des Conférences 4 et 6, je le laisse inchangé car, sans lui, cet exposé serait gravement incomplet.
- IV. *Security*, voir Conférence 6, note p. 169. (N.d.T.)
- V. *Caregiving.* (N.d.T.)
- VI. *Caregiver.* (N.d.T.)
- VII. Voir Conférence 6, note p. 186. (N.d.T.)
- VIII. *Self-reliant.* (N.d.T.)
- IX. Il n'existe absolument aucune preuve étayant l'idée traditionnelle, toujours répandue, qu'une telle personne ait été excessivement choyée, enfant, et qu'elle soit devenue trop « gâtée ».
- X. *Self-reliance.* (N.d.T.)
- XI. Action correspondant à celle du *caregiver*, du pourvoyeur d'attention. (N.d.T.)

XII. Le terme « symbiotique » est parfois utilisé pour décrire ces relations étouffantes de proximité. Ce qualificatif n'est pas très heureux, cependant, car, en biologie, il fait référence à un partenariat mutuellement avantageux entre deux organismes, alors que les relations familiales ainsi nommées sont gravement inadaptées. Décrire l'enfant comme « surprotégé » est tout aussi trompeur, car cela ne rend pas compte de l'insistance du parent à exiger de lui l'attention.

XIII. *Deprivation of maternal care* : voir Conférence 1, note p. 37. (N.d.T.)

XIV. Comme tous les états psychiatriques auxquels on fait référence représentent des variations dans le degré et dans la forme d'une même psychopathologie sous-jacente, on ne peut davantage s'attendre à pouvoir les distinguer entre eux qu'il n'est possible d'établir une démarcation claire entre les divers types d'infection tuberculeuse. Les facteurs génétiques tout comme les variations dans l'expérience de chaque individu entrent probablement en jeu pour rendre compte des différences.

XV. Dans les chapitres 4 et 20 d'*Attachement et perte*, volume III, j'expose la manière dont les processus défensifs peuvent être conçus en termes de traitement de l'information chez l'homme. Voir aussi la monographie d'Emmanuel Peterfreund, *Information, Systems and Psychoanalysis*, New York, International Universities Press, 1971.

XVI. Pour des raisons démographiques, les techniques de conseil aux endeuillés ont principalement été développées avec des veuves, d'où le genre des pronoms dans ce paragraphe et dans le suivant.

XVII. *Security.* (N.d.T.)

XVIII. Les distinctions que j'opère sont les mêmes que celles faites par Neki (« An examination of the cultural relativism of dependence as a dynamic of social and therapeutic relationships », parties 1 et 2, *British Journal of Medical Psychology*, 49, 1976, p. 1-22) qui oppose la valeur donnée par la culture indienne aux « attachements forts, interdépendants et affiliatifs favorisés et conservés à l'âge adulte » à la valeur accordée en Occident à « l'indépendance orientée vers la réussite ». Son évocation de la manière dont ces idéaux contradictoires affectent la thérapie dans ces domaines est très proche de ce que je développe ici.

Introduction

1. Bowlby, J., *Child Care and the Growth of Love* [1953], Londres, Penguin Books, 1990, p. 15 ; reproduit avec l'autorisation de Penguin Books Ltd.
2. Grossmann, K., Grossmann, K.E., Fremmer-Bombik, E., Kindler, H., Scheuerer-Englisch, H., et Zimmermann, P., « The uniqueness of the child-father attachment relationship : Fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study », *Social Development*, 11(3), 2002, p. 307-331.

Avant-propos

1. Bowlby, J., « The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character », *International Journal of Psychoanalysis*, 21, 1940, p. 154-178.
2. Bowlby, J., « Forty-four juvenile thieves : their characters and home life », *International Journal of Psychoanalysis*, 25, 1944, p. 19-52 et 107-127, réimpr. Londres, Bailliere, Tindall et Cox, 1946.
3. Bowlby, J., « Psychoanalysis as art and science », *International Review of Psychoanalysis*, 6, 1979, p. 3-14 ; voir aussi *Le lien, la psychanalyse et l'art d'être parent*, trad. Y. Wiart, Paris, Albin Michel, 2011.

La psychanalyse et l'éducation des enfants

1. Publié à l'origine dans Sutherland, J.D. (éd.), *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, Londres, Hogarth Press, 1958 ; rééd. avec l'accord de Hogarth Press.
2. Home Office, *Seventh Report on the Work of the Children's Department*, Londres, H.M.S.O., 1955.
3. Ministry of Education, *Report of the Committee on Maladjusted Children*, Londres, H.M.S.O., 1955.
4. Freud, S., *L'Interprétation des rêves* [1900], trad. I. Meyerson, Paris, Presses universitaires de France, 1999, p. 227.
5. Freud, S., *L'Homme aux rats* [1909], trad. P. Cotet et F. Robert, Paris, Presses universitaires de France, 2000, p. 76.

6. Freud, S., « La dynamique du transfert » [1912], in *De la technique psychanalytique*, trad. A. Berman, Paris, Presses universitaires de France, 1953, p. 50-60.
7. Freud S., *Métapsychologie* [1915], trad. J. Laplanche et J.-B. Pontalis, Paris, Gallimard, Folio, 1986, p. 42.
8. Freud, S., « Le moi et le soi » [1923], in *Œuvres complètes : psychanalyse*, trad. C. Baliteau, A. Bloch, et J.-M. Rondeau. vol. XVI, Paris, Presses universitaires de France, 1991, p. 257-301.
9. Wilde, O., *La Ballade de la geôle de Reading* [1898], trad. B. Pautrat, Paris, Éditions Allia, 1998, p. 11. (N.d.T.)
10. Lorenz, K.Z., « Comportementologie comparée » [1956], in J.M. Tanner et B. Inhelder (éds), *Entretiens sur le développement psycho-biologique de l'enfant*, trad. D. Jullien-Vollmer, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1960, p. 117-142.
11. Freud, S., *L'Interprétation des rêves*, op. cit., note 4 p. 227.
12. Burlingham, D., Freud, A., *Infants Without Families*, Londres, Allen et Unwin, 1944, p. 51.
13. Heinicke, C.M., « Some effects of separating two-year-old children from their parents : a comparative study », *Human Relations*, 9, 1956, p. 105-176.
14. Bowlby, J., « Quarante-quatre jeunes voleurs : leur personnalité et leur vie familiale » [1944], *La Psychiatrie de l'enfant*, 49, 1, 2006, p. 7-123.
15. Davis, C.M., « Results of the self-selection of diets by young children », *Canadian Medical Association Journal*, 4, 1939, p. 257-261.
16. Stewart, A.H. et al. : « Excessive infant crying (colic) in relation to parent behaviour », *American Journal of Psychiatry*, 110, 1954, p. 687-694.
17. Stern, D.N., *Mère et enfant : les premières relations*, Bruxelles, P. Mardaga, 1977.

Apport de l'éthologie à l'étude du développement de l'enfant

1. Publié à l'origine dans le *British Journal of Medical Psychology*, 30, 1957, p. 230-240.
2. Darwin, C., *L'Origine des espèces au moyen de la sélection naturelle, ou La Lutte pour l'existence dans la nature* [1859], trad. É. Barbier, Paris, Alfred Costes éditeur, 1921, p. 291.
3. Tinbergen, N., in Thorpe, W.H., *Learning and Instinct in Animals*, Londres, Methuen, 1956.
4. Pour des précisions sur la terminologie, voir Tinbergen, N., « Psychology and ethology as supplementary parts of a science of behaviour », in B. Schaffner (éd.), *Group Processes I*, New York, Josiah Macy Junior Foundation, 1955.
5. Beach, F.A., et Jaynes, J., « Studies of maternal retrieving in rats III. Sensory cues involved in the lactating female's response to her young », *Behaviour*, 10, 1966, p. 104-125.

6. Lorenz, K.Z., « The comparative method in studying innate behaviour patterns », in *Physiological Mechanisms in Animal Behaviour*, Symposia of the Society for Experimental Biology, n° 17, Cambridge, Cambridge University Press, 1950.
7. Pour une discussion, voir Deutsch, J.A., « A new type of behaviour theory », *British Journal of Psychology*, 44, 1953, p. 304-317, et Hinde, R.A., « Changes in responsiveness to a constant stimulus », *Animal Behaviour*, 2, 1954, p. 41-55.
8. Moynihan, M., « Some displacement activities of the black-headed gull », *Behaviour*, 5, 1953, p. 58-80.
9. Hinde, R.A., « Changes in responsiveness to a constant stimulus », art. cit. note 7 ci-dessus.
10. Deutsch, J.A., « A new type of behaviour theory », art.cit.
11. Padilla, S.G., « Further studies on the delayed pecking of chicks », *Journal of Comparative Psychology*, 20, 1935, p. 413-443.
12. Weidmann, U., « Some experiments on the following and the flocking reaction of mallard ducklings », *Animal Behaviour*, 4, 1956, p. 78-79.
13. Hunt, J. McV., « The effects of infant feeding frustration upon adult hoarding in the albino rat », *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 36, 1941, p. 338-360.
14. Thorpe, W.H., *Learning and Instinct in Animals*, op.cit.
15. Lorenz, K., *Essais sur le comportement animal et humain : les leçons de l'évolution de la théorie du comportement* [1935], trad. C. et P. Fredet, Paris, Le Seuil, 1970.
16. Ambrose, J.A., « The concept of a critical period for the development of social responsiveness », in B.M. Foss (éd.), *Determinants of Infant Behaviour*, vol. II, Londres, Methuen, 1963.
17. Dennis, W., « An experimental test of two theories of social smiling in infants », *Journal of Social Psychology*, 6, 1935, p. 214-223.
18. Spitz, R.A. et Wolf, K.M., « The smiling response : a contribution to the ontogenesis of social relations », *Genetic Psychology Monographs*, 34, 1946, p. 57-125.
19. Ahrens, R., « Beitrag zur Entwicklung des Physiognomie und Mimikerkennens », *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie*, 11(3) , 1954, p. 412-454.
20. Brackbill, Y., *Smiling in Infants : Relative Resistance to Extinction as a Function of Reinforcement Schedule*, Stanford University, Ph. D. thesis, 1956.
21. Heathers, G., « Acquiring dependence and independence : a theoretical orientation », *Journal of Genetic Psychology*, 87, 1955, p. 277-291. Gewirtz, J. L., « A program of research on the dimensions and antecedents of emotional dependence », *Child Development*, 27, 1956, p. 205-221.
22. Piaget, J., *La Construction du réel chez l'enfant*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1937.
23. Yerkes, R.M., *Chimpanzees : a Laboratory Colony*, New Haven, Yale University Press, 1943, p. 35-36.
24. Voir Ainsworth, M.D.S., *Infancy in Uganda : Infant Care and the Growth of Love*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1967 ; « Object relations, dependency and attachment :

a theoretical review of the infant-mother relationship », *Child Development*, 40, 1969, p. 969-1027 ; « Social development in the first year of life : maternal influences on infant-mother attachment », in J.M. Tanner (éd.), *Developments in Psychiatric Research*, Londres, Hodder et Stoughton, 1977 ; Ainsworth, M.D.S. et Bell, S.M., « Attachment, exploration and separation illustrated by the behaviour of one-year-olds in a strange situation », *Child Development*, 41, 1970, p. 49-67 ; Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., et Stayton, D.J., « Individual differences in strange-situation behaviour of one-year-olds », in H.R. Schaffer (éd.), *The Origins of Human Social Relations*, New York, Academic Press, 1971 ; « Infant-mother attachment and social development : “socialization” as a product of reciprocal responsiveness to signals », in M.P.M. Richards (éd.), *The Integration of a Child into a Social World*, Cambridge, Cambridge University Press, 1974 ; Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., et Wall, S., *Patterns of attachment : Assessed in the strange situation and at home*, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum, 1978 ; Ainsworth, M.D.S., et Bowlby, J., « Research strategy in the study of mother-child separation », *Courrier du Centre international de l'enfance*, 4, 1954, p. 105-131.

25. Blurton Jones, N. (éd.), *Ethological Studies of Child Behaviour*, Cambridge, Cambridge University Press, 1972.
26. Hinde, R.A., *Biological Bases of Human Social Behaviour*, New York et Londres, McGraw-Hill, 1974.

Le deuil chez l'enfant et ses implications en psychiatrie

1. Publié à l'origine dans l'*American Journal of Psychiatry*, 118, 1961, p. 481-498. Copyright, The American Psychiatric Association, 1961 ; autorisation de réédition.
2. Bowlby, J., *Soins maternels et santé mentale. Contribution de l'Organisation mondiale de la santé au programme des Nations unies pour la protection des enfants sans foyer*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1951.
3. Schaffer, H.R., « Objective observations of personality development in early infancy », *British Journal of Medical Psychology*, 31, 1958, p. 174-183.
4. Bowlby, J., « The nature of the child's tie to his mother », *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 1958, p. 350-373 ; Rollman-Branch, H.S., « On the question of primary object need », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 8, 1960, p. 686-702 ; Harlow, H.F., et Zimmerman, R.R., « Affectional responses in the infant monkey », *Science*, 130, 1959, p. 421-432.
5. Ainsworth, M.D.S., et Bowlby, J., « Research strategy in the study of mother-child separation », art. cit., note 24, p. 249.
6. Goldfarb, W., « Emotional and intellectual consequences of psychological deprivation in infancy : a revaluation », in P.H. Hoch et J. Zubin (éds), *Psychopathology of Childhood*, New York, Grune et Stratton, 1955.

7. Robertson, J., et Bowlby, J., « Responses of young children to separation from their mothers », *Courrier du Centre international de l'enfance*, 2, 1952, p. 131-142 ; Robertson, J., *A Two-Year-Old Goes to Hospital*, film, Londres, Tavistock Child Development Research Unit/New York, New York University Film Library, 1953 ; « Some responses of young children to loss of maternal care », *Nursing Times*, 49, 1953, p. 382-386 ; Bowlby, J., « Some pathological processes set in train by early mother-child separation », *Journal of Mental Science*, 99, 1953, p. 265-272 ; Heinicke, C.M., « Some effects of separating two-year-old children from their parents : a comparative study », *Human Relations*, 9, 1956, p. 105-176.
8. Voir en particulier la recherche de Heinicke et Westheimer, dont je présente certains résultats dans la Conférence 4 : Heinicke, C. et Westheimer, I., *Brief Separations*, New York, International Universities Press/Londres, Longmans, 1966.
9. Burlingham, D. et Freud, A., *Infants Without Families*, op. cit., note 12, p. 246 ; Burlingham, D., et Freud, A., *Young Children in War-Time*, Londres, Allen et Unwin, 1942 ; Prugh, D., Staub, E.M., Sands, H.H., Kirschbaum, R.M., et Lenihan, E.A., « A study of emotional reactions of children and families to hospitalization and illness », *American Journal of Orthopsychiatry*, 23, 1953, p. 70-106 ; Illingworth, R.S., et Holt, K.S., « Children in hospital : some observations on their reactions with special reference to daily visiting », *Lancet*, II, 1955, p. 1257-1262 ; Roudinesco, J., Nicolas, J., et David, M., « Responses of young children to separation from their mothers », *Courrier du Centre international de l'enfance*, 2, 1952, p. 68-78 ; Aubry, J., *La Carence de soins maternels*, Paris, Presses universitaires de France, 1955 ; Schaffer, H.R., et Callender, W.M., « Psychological effects of hospitalization in infancy », *Pediatrics*, 24, 1959, p. 528-539.
10. Bowlby, J., « Processes of mourning », *International Journal of Psychoanalysis*, 42, 1961, p. 317-340.
11. Bowlby, J., « Grief and mourning in infancy and early childhood », *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 1960, p. 9-52.
12. Lindemann, E., « Symptomatology and management of acute grief », *American Journal of Psychiatry*, 101, 1944, p. 141-148 ; Jacobson, E., « Normal and pathological moods : their nature and functions », *Psychoanalytic Study of the Child*, 12, 1957, p. 73-113 : Engel, G., « Is grief a disease ? » *Psychosomatic Medicine*, 23, 1961, p. 18-22.
13. Freud, S., *Deuil et mélancolie* [1917], trad. A. Weill, Paris, Payot, 2010.
14. Deutsch, H., « Omission du travail du deuil » [1936], in *Les « Comme si » et autres textes, 1933-1970*, trad. S. Zilberfarb, Paris, Le Seuil, 2007, p. 98.
15. *Ibid.*, p. 99.
16. Root, N., « A neurosis in adolescence », *Psychoanalytic Study of the Child*, 12, 1957, p. 320-334.
17. Freud, A., « Discussion of “Grief and mourning in infancy and early childhood” », de John Bowlby, art. cit. in *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 1960, p. 53-62.
18. Bowlby, J., « Processes of mourning », art. cit., note 10, ci-dessus.
19. Freud, S., *Abrégé de psychanalyse* [1938], trad. A. Berman, Paris, Presses universitaires de France, 1950.

20. Hilgard, J.R., Newman, M.F., et Fisk, F., « Strength of adult ego following childhood bereavement », *American Journal of Orthopsychiatry*, 30, 1960, p. 788-789.
21. Freud, S., *La Naissance de la psychanalyse : Lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans, 1887-1902* [1950], trad. A. Berman, Paris, Presses universitaires de France, 1956.
22. Freud, S., *Deuil et mélancolie, op. cit.*, note 13, p. 251.
23. Voir en particulier Parkes, C.M., *Bereavement : Studies of Grief in Adult Life*, New York, International Universities Press/Londres, Tavistock Publications, 1972 ; Glick, I.O., Weiss, R.S., et Parkes, C.M., *The First Year of Bereavement*, New York, John Wiley, 1974.
24. « An examination of the material before us has led us to the view that in the last resort melancholic depression is derived from disagreeable experiences in the childhood of the patient » (*Selected papers of Karl Abraham...*, p. 464) : « Nous avons pu découvrir les causes les plus profondes de la dépression mélancolique dans des impressions de l'enfance » (Abraham, K., « Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux » [1924], in *Œuvres complètes*, tome II, trad. I. Barande et E. Grin, Paris, Payot, 1973, p. 287).
25. *Ibid.*, p. 289, *primal parathymia*.
26. Jacobson, E., « The Œdipus conflict in the development of depressive mechanisms », *Psychoanalytic Quarterly*, 12, 1943, p. 541-560 ; « The effect of disappointment on ego and superego formation in normal and depressive development », *Psychoanalytic Review*, 33, 1946, p. 129-147.
27. Fairbairn, W.R.D., *Études psychanalytiques de la personnalité* [1952], Paris, Éd. du Monde interne, 1998.
28. Stengel, E., « Studies on the psychopathology of compulsive wandering », *British Journal of Medical Psychology*, 18, 1939, p. 250-254 ; « On the aetiology of the fugue states », *Journal of Mental Science*, 87, 1941, p. 572-599 ; « Further studies on pathological wandering », *Journal of Mental Science*, 89, 1943, p. 224-241.
29. Bowlby, J., « Quarante-quatre jeunes voleurs : leur personnalité et leur vie familiale », art. cit., note 15, p. 246 ; Bowlby, J., *Soins maternels et santé mentale, op. cit.*, note 2, p. 249.
30. Freud, A., « Discussion of “Grief and mourning in infancy and early childhood” », art. cit. ; Spitz, R.A., « Anaclitic depression », *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 1946, p. 313-342.
31. Deutsch, H., « Omission du travail du deuil », art. cit., note 14, p. 251.
32. Freud, S., 1938, *Abrégé de psychanalyse, op. cit.*, note 22, p. 251.
33. Freud, S., « Le fétichisme », in *La Vie sexuelle* [1927], Presses universitaires de France, 2002, p. 136-137.
34. *Ibid.*, p. 136.
35. Klein, M., « Contribution à la psychogénèse des états maniaco-dépressifs » [1935], in *Essais de psychanalyse, 1921-1945*, trad. M. Derrida, Paris, Payot, 1968 ; « Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs » [1940], in *ibid.*

36. Klein, M., *L'Amour et la Haine : le besoin de réparation, étude psychanalytique* [1947], trad. A. Stronck, Paris, Payot, 1968, p. 346.
37. Bowlby, J., « Grief and mourning in infancy and early childhood », art. cit.
38. Bowlby, J., « Separation anxiety », *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 1960, p. 89-113.
39. Freud, S., *Abrégé de psychanalyse*, op. cit. note 22, p. 251.

Conséquences comportementales de la perturbation du lien affectif

1. Publié à l'origine in Thoday, J.M., et Parker, A.S. (éds), *Genetic and Environmental Influences on Behaviour*, Édimbourg, Oliver and Boyd, 1968 ; rééd. avec l'autorisation de la Société d'eugénisme (Eugenics Society).
2. Lorenz, K., *Essais sur le comportement animal et humain : les leçons de l'évolution de la théorie du comportement*, op.cit., note 15, p 248.
3. Bateson, P.P.G., « The characteristics and context of imprinting », *Biological Reviews*, 41, 1966, p. 177-220 ; Sluckin, W., *Imprinting and Early Learning*, Londres, Methuen, 1964.
4. Hinde, R.A., et Spencer-Booth, Y., « The behaviour of socially living rhesus monkeys in their first two and a half years », *Animal Behaviour*, 15, 1967, p. 169-196.
5. Ainsworth, M.D.S., *Infancy in Uganda*, op. cit. ; Schaffer, H.R., et Emerson, P., « The development of social attachments in infancy », *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 29, 1964, p. 1-77.
6. Bowlby, J., « Pathological mourning and childhood mourning », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 1963, p. 500-541.
7. Dollard, J. et Miller, N.E., *Personality and Psychotherapy*, New York, McGraw-Hill, 1950 ; Sears, R.R., Maccoby, E.E., et Levin, H., *Patterns of Child Rearing*, Evanston, Row (Ill.), Peterson, 1957.
8. Freud, S., *Abrégé de psychanalyse*, op. cit., note 22, p. 251.
9. Harlow, H.F. ; et Harlow, M.K., « The affectional systems », in Schrier, A.M., Harlow, H.F., et Stollnitz, F. (éds), *Behaviour of Non-Human Primates*, vol. II, New York et Londres, Academic Press, 1965 ; Cairns, R.B., « Attachment behaviour of mammals », *Psychological Review*, 73, 1966, p. 409-426.
10. Parkes, C.M., « Bereavement and mental illness », *British Journal of Medical Psychology*, 38, 1965, p. 1-26).
11. Bowlby, J., *Soins maternels et santé mentale*, op. cit., note 2, p. 249 ; Ainsworth, M.D.S., *La Carence de soins maternels : réévaluation de ses effets*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1962.

12. Earle, A.M. et Earle, B.V., « Early maternal deprivation and later psychiatric illness », *American Journal of Orthopsychiatry*, 31, 1961, p. 181-186.
13. Craft, M., Stephenson, G., et Granger, C., « The relationship between severity of personality disorder and certain adverse childhood influences », *British Journal of Psychiatry*, 110, 1964, p. 392-396.
14. Naess, S., « Mother-child separation and delinquency : further evidence », *British Journal of Criminology*, 2, 1962, p. 361-374 ; Greer, S., « Study of parental loss in neurotics and psychopaths », *Archives of General Psychiatry*, 11, 1964, p. 177-180 ; Brown, F., et Epps, P., « Childhood bereavement and subsequent crime », *British Journal of Psychiatry*, 112, 1966, p. 1043-1048.
15. Dennehy, C.M., « Childhood bereavement and psychiatric illness », *British Journal of Psychiatry*, 110, 1966, p. 1049-1069.
16. Bruhn, J.G., « Broken homes among attempted suicides and psychiatric outpatients : a comparative study », *Journal of Mental Science*, 108, 1962, p. 772-779 ; Greer, S., « The relationship between parental loss and attempted suicide : a control study », *British Journal of Psychiatry*, 110, 1964, p. 698-705 ; Kessel, N., « Self-poisoning », *British Medical Journal*, 2, 1965, p. 1265-1270 et 1336-1340.
17. Greer, S., Gunn, J.C., et Koller, K.M., « Aetiological factors in attempted suicide », art. cit., note 16, ci-dessus.
18. Voir aussi une autre étude du lien entre deuil dans l'enfance et idées suicidaires : Adam, K.S., « Childhood parental loss, suicidal ideation and suicidal behaviour », in E.J. Anthony et C. Koupernik (éds), *The Child in his Family*, vol. II, New York, John Wiley, 1973.
19. Greer, S. et Gunn, J.C., « Attempted suicides from intact and broken parental homes », *British Medical Journal*, 2, 1966, p. 1355-1357.
20. Brown, F., « Depression and childhood bereavement », *Journal of Mental Science*, 107, 1961, p. 754-777 ; Munro, A., « Parental deprivation in depressive patients », *British Journal of Psychiatry*, 112, 1966, p. 443-448 ; Dennehy, C.M., « Childhood bereavement and psychiatric illness », art. cit., note 15, p. 254 ; Hill, O.W. et Price, J.S., « Childhood bereavement and adult depression », *British Journal of Psychiatry*, 113, 1967, p. 743-751.
21. Pour des références, voir Bowlby, J., « Pathological mourning and childhood mourning », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 1963, p. 500-541.
22. Dennehy, C.M., « Childhood bereavement and psychiatric illness », art. cit., note 15, p. 254.
23. Heinicke, C., et Westheimer, I., *Brief Separations*, op. cit., note 8, p. 250.
24. Spencer-Booth, Y., et Hinde, R.A., « The effects of separating rhesus monkey infants from their mothers for six days », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 7, 1966, p. 179-198.
25. Ucko, L.E., « A comparative study of asphyxiated and non-asphyxiated boys from birth to five years », *Developmental Medicine and Child Neurology*, 7, 1965, p. 643-657.

Séparation et perte dans la famille

1. Publiée à l'origine dans Anthony, E.J., et Koupernik, C. (éds), *The Child in his family*, vol. I, New York, John Wiley, 1970, © John Wiley et Sons Inc. ; rééd. avec autorisation.
2. Lindemann, E., « Symptomatology and management of acute grief », *American Journal of Psychiatry*, 101, 1944, p. 141-148 ; Marris, P., *Widows and Their Families*, Londres, Routledge et Kegan Paul, 1958.
3. Parkes, C.M., « Separation anxiety : an aspect of the search for a lost object », in Lader, M.H. (éd.), *Studies of Anxiety (British Journal of Psychiatry)*, special publication n° 3, Londres, Royal Medico-Psychological Association et Headley Press, 1969 ; Parkes, C.M., « The first year of bereavement : a longitudinal study of the reactions of London widows to the death of their husbands », *Psychiatry*, 33, 1971, p. 444-467.
4. Bowlby, J., « Processes of mourning », art.cit., note 10, p. 251, p. 317-340.
5. Bowlby, J., « Processes of mourning », art. cit.
6. Parkes, C.M., « Separation anxiety : an aspect of the search for a lost object », art. cit., note 3, ci-dessus.
7. Darwin, C., *L'Expression des émotions chez l'homme et les animaux* [1872], trad. S. Pozzi et R. Benoit, Paris, C. Reinwald, 1874.
8. Parkes, C.M., « Bereavement and mental illness », art. cit., note 10, p. 254.
9. Bowlby, J., « Processes of mourning », art. cit. note 10, p. 251.
10. *Ibid.*
11. Bowlby, J., *Attachement et perte*, vol. I, *L'Attachement* [1969], trad. J. Kalmanovitch, Paris, Presses universitaires de France, 1978.
12. Maddison, D. et Walker, W.L., « Factors affecting the outcome of conjugal bereavement », *British Journal of Psychiatry*, 113, 1967, p. 1057-1067.
13. Freud, S., *Totem et tabou : quelques concordances entre la vie psychique des sauvages et celle des névrosés* [1913], trad. M. Weber, Paris, Gallimard, 1993, p. 172.
14. Freud, S., *Correspondance, 1908-1938. Sigmund Freud/Ludwig Binswanger*, trad. R. Menahem et M. Strauss, Paris, Calmann-Lévy, 1995, p. 280.
15. Bowlby, J., « Grief and mourning in infancy and early childhood », art. cit., note 11, p. 251.
16. Robertson, J., « Some responses of young children to loss of maternal care », art. cit., note 7, p 250 ; Heinicke, C.M., « Some effects of separating two-year-old children from their parents : a comparative study », art. cit., note 7, p. 250. Voir aussi l'étude ultérieure de Heinicke et Westheimer, *Brief separations*, op. cit., note 8, p. 250.
17. Freud, A. et Burlingham, D., *War and Children*, New York, International Universities Press, 1943.
18. Wolfenstein, M., « How is mourning possible ? », *The Psychoanalytic Study of the Child*, 21, 1966, p. 93-123.

19. Wolfenstein, M., « How is mourning possible ? », art. cit.
20. Barnes, M.J., « Reactions to the death of a mother », *Psychoanalytic Study of the Child*, 19, 1964, p. 334-357.
21. Shakespeare W., *Macbeth*, acte IV, scène III [1606], *Oeuvres complètes*, trad. F.-V. Hugo, tome III, 1859, p. 154.
22. Bowlby, J., « Pathological mourning and childhood mourning », art. cit.
23. *Ibid.*
24. Parkes, C.M., « Bereavement and mental illness », art. cit. note 10, p. 254.
25. Glick, I.O., Weiss, R.S., et Parkes, C.M., *The First Year of Bereavement*, New York : John Wiley, 1974.
26. Maddison, D., et Walker, W.L., « Factors affecting the outcome of conjugal bereavement », art.cit., note 11, p. 256.

Confiance en soi, autonomie et ce qui y contribue

1. Publié à l'origine in Gosling R., *Support, Innovation and Autonomy*, Londres, Tavistock Publications, 1973 ; rééd. avec l'accord du Tavistock Institute of Human Relations.
2. Bowlby, J., *L'Attachement*, op. cit., note 11, p. 256.
3. Wenner, N.K., « Dependency patterns in pregnancy », in J.H. Masserman (éd.), *Sexuality of Women*, New York, Grune et Stratton, 1966.
4. Fairbairn, W.R.D., *Études psychanalytiques de la personnalité*, op. cit. ; Winnicott, D.W., *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement* [1965], trad. J. Kalmanovitch, Paris, Payot, 1978.
5. La théorie en elle-même et les preuves sur lesquelles elle s'appuie sont présentées plus en détail dans les deux premiers volumes d'*Attachement et perte* (op. cit.).
6. Korchin, S.J., et Ruff, G.E., « Personality characteristics of the mercury astronauts », in Grosser, C.H., Wechsler, H., et Greenblatt, M. (éds), *The Threat of Impending Disaster : Contributions to the Psychology of Stress*, Cambridge (Mass.), MIT Press, 1964 ; Ruff, G.E., et Korchin, S.J., « Adaptive stress behaviour », in Appley, M.H., et Trumbull, R. (éd.), *Psychological Stress*, New York, Appleton-Century-Crofts, 1967.
7. Grinker, R.R. Sr., « "Mentally healthy" young males (homoclités) », *Archives of General Psychiatry*, 6, 1962, p. 405-453.
8. Peck, R.F. et Havighurst, R.J., *The Psychology of Character Development*, New York, John Wiley, 1960.
9. Murphrey, E.B., Silber, E., Coelho, G.V., Hamburg, D.A., et Greenberg, I., « Developments of autonomy and parent-child interaction in late adolescence », *American Journal of*

Orthopsychiatry, 33, 1963, p. 643-652.

10. Offer, D., *The Psychological World of the Teenager*, New York, Basic Books, 1969.
11. Ainsworth, M.D.S., *Infancy in Uganda*, *op. cit.*, note 24, p. 249.
12. Anderson, J.W., « Attachment behaviour out of doors », in N. Blurton Jones (éd.), *Ethological Studies of Human Behaviour*, Cambridge, Cambridge University Press, 1972.
13. Ainsworth, M.D.S., et Bell, S.M., « Attachment, exploration and separation : illustrated by the behaviour of one-year-olds in a strange situation », *art. cit.*, note 24, p. 249.
14. Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., et Stayton, D.J., « Individual differences in strange-situation behaviour of one-year-olds », *art. cit.*, note 24, p. 249 ; « Infant-mother attachment and social development : “socialization” as a product of reciprocal responsiveness to signals », *art. cit.*, note 24, p. 249.
15. On trouvera des publications plus récentes du Dr Salter Ainsworth et de ses collègues dans son article de synthèse et dans sa monographie finale : Ainsworth, M.D.S. , « Social development in the first year of life : Maternal Influences on infant-mother attachment », *art. cit.* note 24, p. 249 ; Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., et Wall, S., *Patterns of attachment*, *op. cit.*, note 24, p. 249.
16. Baumrind, D., « Child care practices anteceding three patterns of preschool behaviour », *Genetic Psychology Monographs*, 75, 1967, p. 43-88.
17. Bowlby, J., *L'Attachement*, *op. cit.* note 11, p. 256.
18. Strachey, A., « A note on the use of the word “internal” », *International Journal of Psychoanalysis*, 22, 1941, p. 37-43.
19. Pour une revue de ces travaux, voir Hinde, R.A. et Spencer-Booth, Y., « Effects of brief separation from mother in rhesus monkeys », *Science*, 173, 1971, p. 111-118.
20. Freud, S., *Inhibition, symptôme et angoisse* [1926], trad. M. Tort, Paris, Presses universitaires de France, 1965, p. 96.
21. Bowlby, J., « Separation anxiety », *art. cit.* ; Bowlby, J., « Separation anxiety : a critical review of the literature », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1, 1961, p. 251-269 ; Bowlby, J., *Attachement et perte*, vol. II, *La Séparation. Angoisse et colère* [1973], trad. B. de Panafieu, Paris, Presses universitaires de France, 1978.
22. Lewis, A., « Problems presented by the ambiguous word “anxiety” as used in psychopathology », *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 5, 1967, p. 105-121.
23. Jersild, A.T. et Holmes, F.B., *Children's Fears*, Columbia University Child Development Monograph n° 20, 1935 ; Jersild, A.T., « Studies of children's fears », in Barker, R.G., et Wright, H.F. (éds), *Child Behaviour and Development*, New York et Londres, McGraw-Hill, 1943.
24. Freud, S., *Inhibition, symptôme et angoisse* *op.cit.*, note 23, ci-dessus, p. 97.
25. *Ibid.*, p. 73.

26. Hinde, R.A., *Animal Behaviour : a Synthesis of Ethology and Comparative Psychology*, 2^e éd., New York, McGraw-Hill, 1970.
27. Jersild, A.T., et Holmes, F.B., *Children's Fears*, Columbia University Child Development Monograph, n° 20.
28. Bowlby, J., *La Séparation. Angoisse et colère*, op. cit., note 21, ci-dessus
29. Rowell, T.E., et Hinde, R.A., « Responses of rhesus monkeys to mildly stressful situations », *Animal Behaviour*, 11, 1963, p. 235-243.
30. Jersild, A.T., et Holmes, F.B., *Children's Fears*, op. cit., note 27, ci-dessus.

Création et rupture des liens affectifs

1. Texte original publié dans le *British Journal of Psychiatry*, 1977, p. 130, 201-210 et 421-431. Rééd. avec l'accord du Collège royal des psychiatres.
2. Cette citation est extraite d'un essai de Maudsley publié en 1860. Je dois celle-ci ainsi que les informations sur la vie et l'œuvre de Maudsley à l'exposé de Sir Aubrey Lewis à la 25^e conférence Maudsley (Lewis, A., « The twenty-fifth Maudsley lecture. Henry Maudsley : his work and influence », *Journal of Mental Science*, 97, 1951, p. 259-277).
3. Pour une plus ample description des données sur lesquelles elle s'appuie, des concepts employés et des arguments en sa faveur, avec des références complètes, voir les deux volumes actuellement publiés de Bowlby, J., *Attachement et perte*, op. cit., note 11, p. 249 et 21, p. 259.
4. Harlow, H.F., « The nature of love », *American Journal of Psychology*, 13, 1958, p. 673-685.
5. Robertson, J., et Robertson, J., *Young Children in Brief Separation*, série filmée, Londres, Tavistock Institute of Human Relations, 1967-1972 ; Heinicke, C., et Westheimer, I., *Brief Separations*, op.cit., Ainsworth, M.D.S., *Infancy in Uganda*, op. cit., note 24, p. 249 ; Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., et Stayton, D.J., « Individual differences in strange-situation behaviour of one-year-olds », art. cit., note 24, p. 249 ; « Infant-mother attachment and social development », art. cit., note 24, p. 249 ; Blurton Jones, N. (éd.), *Ethological Studies of Child Behaviour*, op. cit. note 24, p. 249.
6. Ainsworth, M.D.S., « Object relations, dependency and attachment : a theoretical review of the infant-mother relationship », art. cit. ; Bowlby, J., *L'Attachement*, op. cit., note 11, p. 256 et 21, p. 259 ; Bischof, N., « A systems approach toward the functional connections of attachment and fear », *Child Development*, 46, 1975, p. 801-807.
7. Maccoby, E.E., et Masters, J.C., « Attachment and dependency », in P.H. Mussen (éd.), *Carmichael's Manual of Child Psychology*, 3^e éd., New York et Londres, John Wiley, 1970 ; Gewirtz, J.L. (éd.), *Attachment and Dependency*, Washington, V.H. Winston, 1972. La théorie de l'attachement a été efficacement appliquée dans d'autres domaines pertinents sur le plan clinique, comme les origines du lien mère-bébé pendant la période néonatale par Marshall Klaus et John Kennell (Klaus, M.H., et Kennell, J.H., *Maternal-Infant Bonding*,

St. Louis, Mosby, 1976), les troubles du lien conjugal par Janet Mattinson et Ian Sinclair (Mattinson, J., et Sinclair, I.A.C., *Mate and Stalemate : Working With Marital Problems in a Social Services Department*, Oxford, Blackwell, 1979) et les conséquences émotionnelles d'une séparation dans le couple par Robert S. Weiss (Weiss, R.S., *Marital Separation*, New York, Basic Books, 1975). Le volume III d'*Attachement et perte* doit sortir au début de l'année 1980.

8. Bowlby, J., *La Séparation. Angoisse et colère*, *op. cit.*, note 21, p. 259.
9. Bowlby, J., « Childhood mourning and its implications for psychiatry », *American Journal of Psychiatry*, 118, 1961, p. 481-498 ; Parkes, C.M., « Bereavement and mental illness », art. cit., note 10, p. 254 ; Parkes, C.M. « Psycho-social transitions : a field of study », *Social Science and Medicine*, 5, p. 101-115 ; Parkes, C.M., *Bereavement : Studies of Grief in Adult Life*, *op. cit.*, note 26, p. 252.
10. Parkes, C.M., « The first year of bereavement », art. cit., note 3, p. 256.
11. Voir Hinde, R.A., *Biological Bases of Human Social Behaviour*, *op. cit.*, note 26, p. 249.
12. La description de ces caractéristiques s'appuie sur le texte d'un de mes articles rédigé pour le volume VI de l'*American Handbook of Psychiatry*, © 1975 Basic Books Inc. Je remercie les éditeurs et la maison d'édition de m'avoir permis de m'en inspirer.
13. Bowlby, J., *L'Attachement*, *op. cit.*, note 11, p. 256 et note 21, p. 259.
14. Hinde, R.A., *Animal Behaviour : a Synthesis of Ethology and Comparative Psychology*, *op. cit.* [1970], New York, McGraw-Hill.
15. Jersild, A.T., *Child Psychology*, 3^e éd., Londres, Staples Press, 1947.
16. Bowlby, J., *La Séparation. Angoisse et colère*, *op. cit.*, note 21, p. 259.
17. Erikson, E.H., *Enfance et société* [1950], trad. A. Cardinet, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1959.
18. Fairbairn, W.R.D., *Études psychanalytiques de la personnalité*, *op. cit.*, note 27, p. 252.
19. Klein, M., *Essais de psychanalyse. 1921-1945* [1948], trad. M. Derrida, Paris, Payot, 1968.
20. Henderson, A.S., « Care-eliciting behaviour in man », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 1974, p. 172-181.
21. Parkes, C.M., « Factors determining the persistence of phantom pain in the amputee », *Journal of Psychosomatic Research*, 17, 1973, p. 97-108.
22. Winnicott, D.W., *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*, *op. cit.*, note 4, p. 257.
23. Parkes, C.M., *Bereavement : Studies of Grief in Adult Life*, *op. cit.*, note 26, p. 252.
24. Erdelyi, M.H., « A new look at the new look : perceptual defense and vigilance », *Psychological Review*, 81, 1974, p. 1-25.
25. Malan, D.M., *A Study of Brief Psychotherapy*, Londres, Tavistock Publications, 1963.
26. Raphael, B., « Management of pathological grief », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 9, 1975, p. 173-180.

27. Hamburg, D.A., et Adams, J.E., « A perspective on coping behaviour », *Archives of General Psychiatry*, 17, 1967, p. 277-284.
28. Voir les comptes rendus et les exemples de Caplan, G., *Principles of Preventive Psychiatry*, New York, Basic Books, Londres, Tavistock Publications, 1964 ; Argles, P., et Mackenzie, M., « Crisis intervention with a multi-problem family : a case study », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 11, 1970, p. 187-199 ; Lind, E., « From false-self to true-self functioning : a case in brief psychotherapy », *British Journal of Medical Psychology*, 46, 1973, p. 381-389 ; Heard, D.H., « Crisis intervention guided by attachment concepts : a case study », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 15, 1974, p. 111-122.
29. Paul, N.L., « The role of mourning and empathy in conjoint marital therapy », in Zuk, G.H., et Boszormenyi-Nagy, I. (éds), *Family Therapy and Disturbed Families*, Palo Alto (California), Science and Behaviour Books, 1967.
30. Malan, D.M., *A Study of Brief Psychotherapy*, op. cit. ; Truax, C.B., et Mitchell, K.M., « Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome », in Bergin, A.E., et Garfield, S.L. (éds), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, New York, John Wiley, 1971.
31. Guntrip, H., « My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott », *International Review of Psychoanalysis*, 2, 1975, p. 145-156.
32. Balint, M., *Le Défaut fondamental. Aspects thérapeutiques de la régression* [1968], trad. J. Dupont et M. Viliker, Paris, Payot, 1971.
33. Main, T.F., « The ailment », *British Journal of Medical Psychology*, 30, 1957, p. 129-145 ; Cohen, M.B., Baker, G., Cohen, R.A., Fromm-Reichmann, F., et Weigert, E., « An intensive study of twelve cases of manic-depressive psychosis », *Psychiatry*, 17, 1954, p. 103-137.
34. Balint, M., *Amour primaire et technique psychanalytique* [1956], trad. J. Dupont, R. Gelly et S. Kadar, Paris, Payot, 1972 ; Balint, M., *Le Défaut fondamental*, op. cit., note 33, ci-dessus.
35. Winnicott, D.W., *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*, op.cit., note 5, p. 257.
36. Pedder, J., « Attachment and new beginnings », *International Review of Psychoanalysis*, 3, 1976, p. 491-497.
37. Winnicott, D.W., *Jeu et réalité : l'espace potentiel* [1971], trad. C. Monod et J.-B. Pontalis, Paris, Gallimard, 1975.
38. Heard, D.H., « From object relations to attachment : a basis for family therapy », *British Journal of Medical Psychology*, 1978, 51, p. 67-76.
39. Deutsch, H., « Omission du travail du deuil », art. cit., note 14, p. 251 ; Fleming, J. et Altschul, S., « Activation of mourning and growth by psychoanalysis », *International Journal of Psychoanalysis*, 44, 1963, p. 419-431.
40. Rosen, V.H., « The reconstruction of a traumatic childhood event in a case of derealization », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 3, 1955, p. 211-221 ; repr. in A.C. Cain (éd.), *Survivors of Suicide*, Springfield, Thomas, Illinois, 1972.

41. Seligman, M.E.P., *Helplessness : on Depression, Development and Death*, San Francisco, Freeman, 1975.
42. Malan, D.M., *A Study of Brief Psychotherapy*, *op. cit.* ; « Therapeutic factors in analytically-oriented brief psychotherapy », in R.H. Gosling (éd.), *Support, Innovation, and Autonomy*, *op. cit.*, note 25, p. 252.
43. *Ibid.*
44. Malan, D.M., Heath, E.S., Bacal, H.A., et Balfour, F.H.G., « Psycho-dynamic changes in untreated neurotic patients : II. Apparently genuine improvements », *Archives of General Psychiatry*, 32, 1975, p. 110-126.
45. Raphael, B. et Maddison, D.C., « The care of bereaved adults », in O. Hill (éd.), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, Londres, Butterworth, 1976.
46. Hamburg, D.A., Hamburg, B.A., et Barchas, J.D., « Anger and depression in perspective of behavioural biology », in L. Levi (éd.), *Parameters of Emotion*, New York, Raven Press, 1974.

DU MÊME AUTEUR

Enfants sans famille, PUF, 1949

Soins maternels et santé mentale, OMS-Masson, 1951

Attachement et perte :

- vol. 1 *L'Attachement*, PUF, 2002
- vol. 2 *La Séparation, angoisse et colère*, PUF, 2007
- vol. 3 *La Perte, tristesse et dépression*, PUF, 2002

Le Lien, la Psychanalyse et l'Art d'être parent, Albin Michel, 2011