

# TROUBLES REACTIONNELS DE L'ATTACHEMENT:

## Ce que nous savons de ce trouble et les implications pour le traitement

*Par Eve G.Spratt, MD*

*Eve G.Spratt, MD, est assistant professeur de Pédopsychiatrie à l'Université de Médecine de Caroline du Sud et a une formation en psychiatrie adulte, psychiatrie de l'enfant et pédiatrie. Elle dirige la consultation de liaison pédiatrie-pédopsychiatrie de l'Hôpital des Enfants de l'Université de Médecine de Caroline du Sud. Son intérêt professionnel principal concerne le lien entre les problèmes médicaux et les problèmes de santé mentale chez les enfants. Elle fait des recherches sur l'adaptation aux difficultés de la vie et les effets biologiques et psychologiques des traumatismes. Elle est membre de l'APSAC et un des membres fondateurs du chapitre de son état. Le Dr Spratt supervise le travail clinique des étudiants, des internes et des assistants en pédopsychiatrie. Elle s'intéresse particulièrement aux enfants qui présentent des problèmes de développement et de comportement, les enfants atteints du SIDA ou d'autres maladies chroniques et l'évaluation des familles où il est question de négligence.*

**Ces dernières années, on a diagnostiqué des troubles réactionnels de l'attachement chez un nombre de plus en plus important d'enfants. Ceci pose un problème considérable par rapport à la définition de cette entité et en particulier du type d'évaluation et d'intervention à utiliser avec ces enfants et ces familles. Les enfants avec une histoire de maltraitance (par exemple maltraitance physique, sexuelle, d'abus émotionnel et/ou de négligence sévère) reçoivent de manière particulièrement facile ce diagnostic parce que les problèmes de comportement fréquemment observés chez ces enfants sont supposés émaner de la relation mal adaptée qu'ils ont eu avec leurs parents maltraitants. Cependant bon nombre de ces enfants reçoivent ce diagnostic pour des problèmes de comportement qui dépassent de loin et clairement les critères du DMS-IV pour les troubles réactionnels de l'attachement. Une des conséquences les plus préoccupantes de ce diagnostic de troubles réactionnels de l'attachement c'est l'émergence de nouveaux traitements qui manquent de bases théoriques solides ou de support empirique et peuvent être potentiellement traumatisants et dangereux pour l'enfant. Par conséquent le but de cet article est de revoir et synthétiser ce qui est connu sur les troubles réactionnels de l'attachement et d'en discuter les implications pour le traitement.**

Ces dernières années il y a eu une tendance croissante à utiliser les troubles réactionnels de l'attachement comme diagnostic pour décrire une myriade de problèmes de comportements et de réactions perturbées entre nourrissons, jeunes enfants et leurs donneurs de soins. Ceci est un problème considérable par rapport à la signification des troubles réactionnels de l'attachement et en particulier par rapport au choix des moyens d'évaluation et de traitement à utiliser avec les enfants atteints et leur famille. Les enfants avec une histoire de maltraitance (par exemple maltraitance physique, sexuelle, d'abus émotionnel et/ou de négligence sévère) reçoivent de manière particulièrement facile ce diagnostic parce que les problèmes de comportement fréquemment observés chez ces enfants sont supposés émaner de la relation mal adaptée qu'ils ont eu avec leurs parents maltraitants.

Il est important que les praticiens de la santé mentale apprennent à identifier et à traiter les problèmes d'attachement parce qu'un attachement insécuré ou désorganisé semble être un facteur de risque important de développement de psychopathologie plus tard dans l'enfance (Boris & Zeanah, 1998; Bowlby, 1988). Il existe cependant de multiples barrières pour reconnaître et traiter efficacement des troubles réactionnels de l'attachement. On sait très peu de chose sur l'épidémiologie de ce trouble. Nous n'avons qu'une compréhension partielle des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui peuvent contribuer aux troubles réactionnels de l'attachement. Le diagnostic et le traitement des troubles réactionnels de l'attachement sont compliqués parce qu'il y a souvent d'autres pathologies co-morbides psychiques, médicales et développementales qui doivent aussi être reconnues et traitées. Le traitement peut être difficile parce que la psychopathologie parentale ou le manque de sensibilité aux signaux émis par le nourrisson ou l'enfant peuvent perpétuer et aggraver les problèmes d'attachement, mais on ne sait que peu de chose sur la façon de s'occuper de ces difficultés. Bien qu'une variété de traitements, dont certains sont controversés, ait été utilisée et largement répandue par des conférences ou par la littérature, aucun de ces traitements n'a été analysé avec une rigueur scientifique pour en tester la sécurité ou l'efficacité. Il est particulièrement préoccupant de voir les responsables de ces enfants paniqués et frustrés se précipiter vers des thérapies controversées qui sont coûteuses, potentiellement dangereuses pour l'enfant et manquant de support empirique.

## DEFINITIONS

Il est important de noter, dès le début que le diagnostic de troubles réactionnels de l'attachement se réfère à plus que l'attachement que l'enfant peut développer dans la relation avec la principale personne qui s'occupe de lui; cela se réfère de façon plus large aux perturbations dans les capacités sociales de l'enfant et dans ses relations en général quels que soient les individus et les contextes (Richters & Volkmar, 1996). De plus les termes liens et attachement ne sont pas synonymes. Le lien se réfère au sentiment que la personne qui s'occupe de l'enfant (généralement la mère) a vis-à-vis de l'enfant, tandis que l'attachement se réfère aux sentiments que l'enfant a vis-à-vis de la personne qui s'occupe de lui. Dans les troubles réactionnels de l'attachement le lien et l'attachement sont perturbés.

**D'autres termes ont été utilisés pour décrire les perturbations de l'attachement:** désorganisé, évitant, résistant, diffus, désinhibé, sociabilité indiscriminée, amitié indiscriminée et échec à montrer des attachements sociaux sélectifs (Boris et Zeanah, 1999). Les nourrissons qui présentent un retard de développement sont à risque de perturbations cliniques dans leur attachement (Coolbear & Benoit, 1999).

Le DSM-IV de l'Association Américaine de Psychiatrie (1994) définit les troubles réactionnels de l'attachement comme " un mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade de développement, présent dans la plupart des situations, qui a débuté avant l'âge de 5 ans" (p.116) Les enfants peuvent présenter le type inhibé qui est décrit comme " une incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée à son développement" ou le type désinhibé qui se caractérise par "l'échec ou l'incapacité de d'avoir des relations sociales discriminées (par exemple familiarité excessive avec des étrangers, manque de sélectivité sans le choix des figures

d'attachement)" (p.116). En plus de ces déficits importants, l'enfant doit avoir vécu des soins pathogènes ce qui a entraîné au moins un des signes suivants:

- a. désintérêt persistant des besoins émotionnels de base de l'enfant pour le confort et l'alimentation,
- b. désintérêt persistant des besoins physiques de base de l'enfant
- c. changements répétés du principal donneur de soins, ce qui empêche la formation d'attachements stables (ex. changements fréquents de famille d'accueil).

En suivant cette définition, les enfants qui ont expérimenté l'abus ou la négligence rentrent dans les critères de soins pathogènes, ce qui explique la popularité de ce diagnostic parmi les enfants mal-traités.

Richters et Volkmar (1996) établissent que la raison d'être de la classification DSM des troubles réactionnels de l'attachement est de "tenir compte à la fois du contexte du trouble ("réactionnel" en réponse aux soins donnés) et les séquelles de ces soins donnés (problèmes dans les relations sociales de l'enfant)" (p.499).

En d'autres mots le but du diagnostic de troubles réactionnels de l'attachement est de fournir une description clinique qui inclut les problèmes d'incapacité de l'enfant à entrer en relation avec les autres et le contexte dans lequel ce comportement se développe (soins pathogènes). De plus le diagnostic de troubles réactionnels de l'attachement est supposé "capter l'image clinique d'enfants qui ont vécu de soins pathologiques, et particulièrement l'abus, la négligence ou les changements répétés de donneur de soins. (p.499).

## **Evolution normale de l'attachement**

Ce n'est pas le but de cet article de fournir une discussion en profondeur sur l'évolution normale de l'attachement, mais il est important de fournir une esquisse rapide (Zeanah, Mammen & Lieberman, 1993). Les enfants de la naissance à 3 mois montrent peu de capacité à discriminer les différentes figures d'attachement. En fait la réponse sociale n'est pas évidente jusqu'à 3 à 6 mois, le meilleur signe en étant le sourire social qui commence pendant cette période. Après cet âge, les bébés font preuve d'une plus importante réponse visuelle et de gazouillis, et ont une réponse différente pour ceux qui s'occupent d'eux par rapport aux étrangers. Cependant les enfants ne semblent pas marquer de préférence pour des figures spécifiques d'attachement avant 8 mois à 3 ans. A ce moment ils commencent à rechercher activement la proximité et le contact avec ceux qui s'occupent d'eux et utilisent ces personnes comme des bases sûres d'où ils explorent le monde. Pendant la 3<sup>e</sup> année, les enfants développent des partenariats dans des buts précis des quels ils peuvent déduire des objectifs et des plans sur leurs figures d'attachement et les utiliser pour planifier leur propre comportement. Les enfants de 3 ans s'engagent dans des plans coopératifs et sont capables de maintenir ces plans pour des situations en relation avec l'attachement (par exemple proximité et séparation). Ces types de comportement entraînent des communications et sont basés sur des interactions avec une personne sensible, attentive et répondante. Ceci aide l'enfant à développer l'idée que les autres sont disponibles et encourageants. Ceci est théorisé pour permettre aux enfants de sentir qu'on est attentif à eux, qu'ils sont dignes d'attention et d'affection, et pour permettre de créer des attentes généralement positives pour les relations (Ainsworth, Blehar, Waters & Walls, 1978; Bowlby, 1980).

Par contraste avec l'évolution normale de l'attachement, des soins inadéquats ou (dans les

formes extrêmes) pathogènes sont théorisés pour donner de pauvres sentiments de soi-même et des autres et des attentes négatives pour les relations. La plupart des recherches sur les interactions mère-enfant dans les familles négligentes ont été menées en suivant le modèle théorique de l'attachement (Ainsworth et al., 1978; Bowlby 1980). Ce modèle d'attachement explique que la capacité individuelle de former des relations personnelles significatives trouve ses racines dans le lien précoce parent-enfant et que tout ce qui compromet l'attachement dans la petite enfance peut compromettre le développement psychosocial de l'individu. Des études anciennes par Spitz (1950), Harlow (1961) et Bowlby (1980, 1988) montrent la relation entre un manque profond de vie sociale et des pathologies ultérieures. Les recherches qui ont suivi ont montré que les négligences graves dès le plus jeune âge sont associées à des comportements reflétant un attachement insécure, comme des niveaux bas d'affection évidente, des comportements d'évitement, et moins de tentatives de jouer avec les personnes qui s'occupent d'eux (Egerland & Sroufe, 1981; voir les revues par Crittenden & Ainsworth; Crouch & Milner, 1993).

Dans ce qui sont devenus des études marquantes, Ainsworth a utilisé la technique de la situation étrange pour démontrer les associations entre les types d'attachement des bébés et les types de maternage des mères (Ainsworth, 1985; Ainsworth et al., 1978; Ainsworth & Witting, 1969). Cette évaluation qui comprenait 72 heures d'observation de la mère et de l'enfant à la maison, centré sur la façon dont la mère répondait à son bébé dans un certain nombre de domaines fondamentaux comme l'alimentation, les réponses aux pleurs, les câlins, le contact oculaire et le sourire. A 12 mois, le nourrisson et sa mère allaient au laboratoire où l'enfant était observé lors d'une séparation et d'une réunion avec sa mère. Sur la base du comportement de l'enfant, les enfants ont été classés en attachés sécure ou attachés insécure. Il est important de noter que la plupart des enfants de ces études ont été considérés comme attachés sécure. En fait en 20 ans de recherche que la situation étrange, Ainsworth et ses collègues ont observé qu'environ deux tiers des bébés de familles de la classe moyenne sont classés dans les attachés sécure et qu'un tiers sont attachés de façon insécure (Karen, 1990).

Dans les recherches suivantes utilisant la situation étrange, Ainsworth et ses collègues ont trouvé des différences de niveaux d'attachement entre les enfants abusés et ceux qui ne l'étaient pas (Ainsworth et al., 1978; Crittenden & Ainsworth, 1989). A l'opposé des enfants non abusés, on observait que les enfants abusés recherchaient la proximité de leur mère de façon inefficace. Ils reconnaissaient leur mère, mais ne recherchaient pas de réunion physique, et formaient ce qui a été interprété comme des attachements anxieux à leurs parents, par des comportements hautement oppositionnels ou compliants compulsifs, évitants et colériques ou collant et excessivement intimes. Le nombre d'enfants attachés de façon insécure était significativement plus élevé dans les familles où l'abus et la négligence était fréquent. Ces observations ont été interprétées en suggérant que l'abus par la première figure d'attachement peut causer des difficultés dans la capacité à former des attachements stables, sécures. Une recherche supplémentaire sur les enfants abusés a montré un ensemble de caractéristiques qui ont été mises en relation avec l'attachement, comprenant la confusion, la peur, l'ambivalence, une incapacité d'explorer l'environnement de façon efficace, de l'agressivité et de l'hypervigilance dans leurs interactions avec les autres.

Les études ont aussi montré qu'il y a des différences entre les enfants abusés et les enfants

négligés, ce qui a été interprété en termes de modes d'attachement. Par exemple, on a observé que les enfants abusés montraient des comportements résistants ou exagérément compliants alors que les enfants négligés semblaient avoir des difficultés pour communiquer, attendre un manque de coopération de la part de leurs parents et pouvaient devenir indépendants de façon prématurée (Crittenden & Ainsworth, 1989). Les relations entre les enfants négligés et leur mère ont été définies par des commentaires verbaux négatifs et de faibles niveaux d'interaction (Aragona & Eyberg, 1981; Bousha & Twentyman, 1984). De plus, il a été suggéré que, sans intervention ou changements dans la situation familiale, les schémas d'attachement formés dans la petite enfance pourraient persister dans l'enfance (Karen, 1990). Donc, des données venant de sources divergentes soutiennent la notion qu'une histoire de négligence et/ou de maltraitance compromet la capacité de former des attachements stables avec une figure maternelle primitive, et par conséquent peut entraîner des troubles réactionnels de l'attachement dans certains cas.

Un problème critique cependant c'est de savoir si les troubles de l'attachement en relation avec la maltraitance sont graves assez pour correspondre à l'ensemble des critères de troubles réactionnels de l'attachement dans le DSM-IV ou si l'enfant a été diagnostiqué de façon exagérée à cause d'un événement historique (maltraitance/négligence) seul. De plus il y a des problèmes avec le diagnostic de troubles réactionnels de l'attachement lui-même qui peuvent alourdir le problème.

## **Problèmes liés au diagnostic de troubles réactionnels de l'attachement**

Le diagnostic de troubles réactionnels de l'attachement implique que les perturbations dans les relations précoces entre le parent et l'enfant ont donné naissance à une disposition générale à un dysfonctionnement social de l'enfant qui (a) persiste dans le temps, (b) est évident dans diverses circonstances, et (c) forme une constellation comportementale spécifique. À partir du modèle de la théorie de l'attachement, il paraît clair que l'enfant qui ne forme pas un attachement de type sécure avec la figure maternelle primaire, éventuellement à cause de maltraitance ou de négligence, est à haut risque de difficultés psycho-sociales. Cependant affirmer qu'un trouble de l'attachement est largement prévalent chez les enfants maltraités ou négligés est tautologique et problématique. Le fait que les enfants qui montrent une multitude de problèmes de comportements, problèmes qui s'étendent beaucoup plus loin que les critères du DSM-IV, reçoivent le diagnostic de troubles réactionnels de l'attachement est particulièrement préoccupant. Par exemple, Reber (1996) fournit une table qui reprend les symptômes les plus fréquents des troubles réactionnels de l'attachement rassemblés au départ des dossiers du Centre Familial de l'Attachement, à Salt Lake City, Utah. Cette liste comprend des problèmes ou des symptômes dans de multiples domaines (social, émotionnel, comportemental et développemental) et s'étend des critères du DSM-IV pour les troubles réactionnels de l'attachement (par exemple interactions superficielles avec les autres, affection non sélective avec les étrangers, manque d'affection envers les parents) jusqu'à des problèmes non-spécifiques incluant des comportements destructifs: des carences développementales; le refus du contact oculaire; la cruauté envers les animaux et les frères et sœurs; le manque de réflexion de cause à effet; un intérêt excessif pour le feu, le sang et l'horreur; de pauvres relations avec les pairs; du vol; des mensonges; un manque de conscience morale; des questions

incessantes, sans queue ni tête, un bavardage incessant; un faible contrôle de ses impulsions; des schémas de langage anormaux; la lutte pour le contrôle de tout et n'importe quoi; et faire des réserves de nourriture et s'empiffrer. Ce type de liste de comportements s'étend clairement au-delà des critères du DSM-IV pour les troubles réactionnels de l'attachement et peut être plus significative d'autres troubles tels que trouble des conduites, trouble déficitaire avec hyperactivité, ou d'autres troubles du comportement perturbants dont le cœur n'est pas un trouble de l'attachement.

D'autres critiques sur les critères du DSM-IV pour les troubles réactionnels de l'attachement concernent la mise en évidence du comportement social plutôt que de l'attachement, spécifiquement, l'inclusion des soins pathogènes comme critère (Richters & Volkmar, 1996) et la nécessité que le comportement anormal soit évident à travers les différentes relations sociales de l'enfant. Par ailleurs il persiste certains critères peu clairs concernant la sévérité des symptômes inclus dans les troubles réactionnels de l'attachement et la comorbidité des difficultés d'attachement avec d'autres désordres. Il a été particulièrement difficile de déterminer des critères qui tiennent compte des différentes présentations cliniques importantes. De plus le diagnostic exige que l'enfant montre ces comportements problématiques avant l'âge de 5 ans. Cependant la validité de cette limite d'âge n'a pas été empiriquement démontrée. Finalement le diagnostic est basé sur l'observation clinique et les informations sont fournies par la personne maternante. Il y a des difficultés pour obtenir des informations historiques sur l'enfant étant donné le fait que la première personne maternante n'est pas souvent celle qui amène l'enfant pour évaluation ou traitement (Richters & Volkmar, 1996).

Il n'y a pas de protocole d'évaluation standardisé ni même largement accepté qui soit utilisé pour valider ce diagnostic. Cependant il est important de noter que des questions relatives au diagnostic sont actuellement posées, à commencer par les efforts pour reconceptualiser ce trouble (voir le numéro du printemps 1999 de *Infant Mental Health Journal*). Les chercheurs et les cliniciens reconnaissent que les critères doivent concerner la gravité, et aussi la qualité des interactions de l'enfant avec différentes personnes, à travers différentes situations. En somme, il semble que les troubles réactionnels de l'attachement, comme ils sont couramment conceptualisés ne forment pas une entité diagnostique particulièrement claire et cohérente.

## **Epidémiologie**

L'information habituellement disponible à propos les enfants chez qui des troubles réactionnels de l'attachement ont été diagnostiqués est basée avant tout sur des données cliniques ou anecdotiques. Richters & Volkmar (1996) avancent que le manque d'études épidémiologiques est dû, au moins partiellement, aux changements de critères diagnostiques et à un manque de familiarité avec ce trouble chez les cliniciens. Il n'y a pas d'étude épidémiologique qui examine la prévalence, l'incidence ou l'histoire naturelle des troubles réactionnels de l'attachement. Comme il est dit dans le DSM-IV ce trouble est très peu commun (APA, 1994, p.117). Cependant l'absence d'études épidémiologiques ne facilite pas l'estimation de la prévalence exacte.

On a suggéré que l'estimation de la prévalence des troubles réactionnels de l'attachement puisse être déduite des statistiques disponibles sur la maltraitance des enfants. Cependant Richters & Volkmar (1996) montrent rapidement les limites de cette approche. En premier lieu, il y a un

certain nombre de problèmes endémiques pour établir les taux d'abus d'enfants et de négligence (par exemple, confiance des cas rapportés, variation des définitions de l'abus). Il est aussi quelque peu problématique de supposer que la prévalence de l'abus serve de référence pour la prévalence des troubles réactionnels de l'attachement. Les chercheurs ne font pas confiance dans l'estimation du nombre de victimes d'agressions sexuelles, par exemple, pour en déduire une estimation du syndrome de stress post-traumatique. Il est aussi problématique d'inférer des taux de troubles réactionnels de l'attachement basés sur les types de problèmes de comportement présentés par les enfants abusés ou négligés. Les tenants du diagnostic ont suggéré que les troubles réactionnels de l'attachement sont la cause sous-jacente de problèmes de comportement tels que l'agressivité et l'absence de compliance observées chez certains enfants maltraités et que la prévalence élevée de ces problèmes reflète une prévalence également élevée de troubles réactionnels de l'attachement. Cependant un certain pourcentage d'enfants maltraités ne montre à l'évidence aucun symptôme de trouble mental discernable ni de problème de comportement comme conséquence de leur abus (par exemple, Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993) et les problèmes de comportement ne sont pas spécifiques des troubles réactionnels de l'attachement. Par conséquent, les taux d'enfants abusés ou négligés ou les problèmes de comportement ne devraient pas servir de repère pour l'estimation des troubles réactionnels de l'attachement. En résumé, il n'y a tout simplement pas de données disponibles pour évaluer la prévalence ou l'incidence des troubles réactionnels de l'attachement.

## **Etiologie**

Il n'y a pas une seule cause qui mène à des perturbations de l'attachement. Les difficultés cognitives, nutritionnelles, les déprivations sociales ne semblent pas jouer un rôle causal premier dans les comportements liés aux troubles de l'attachement (O'Connor, Bredenkamp, Ruter & Adoptés anglais et roumains, équipe d'étude, 1999). Cependant par définition les soins pathogènes sont supposés être le premier facteur étiologique dans le développement des troubles réactionnels de l'attachement. En plus d'autres facteurs étiologiques potentiels, comprenant les facteurs de risques parentaux, des considérations développementales et des facteurs biologiques ont été suggérés.

## **Soins pathogènes**

Il y a des une accumulation de preuves démontrant que la relation entre la durée de la privation de soins et la possibilité de troubles réactionnels de l'attachement légers ou sévères est relativement linéaire (O'Connor et al., 1999). Dans plusieurs études il apparaît que les comportements liés à des troubles de l'attachement sont associés avec des conditions d'éducation très défavorisées (Hodges & Tizard, 1989; O'Connor et al., 1999). Cependant il apparaît aussi que les soins pathogènes ne sont ni nécessaires ni suffisants pour que des comportements liés à des perturbations de l'attachement se développent. Dans une étude, des comportements liés à des troubles de l'attachement ont été observé dans un groupe d'enfants adoptés, malgré le fait qu'il n'aient pas expérimenté de soins pathogènes (O'Connor et al., 1999). Dans une autre étude, les enfants qui étaient connus pour avoir expérimenté des soins pathogènes montraient de multiples difficultés développementales (par exemple, schémas de langage inhabituels, retards moteurs, échec de l'acquisition des capacités à prendre soin de soi

en relation avec l'âge, faible attention et mauvaise concentration, labilité émotionnelle, agressivité, impulsivité et comportements d'opposition), mais les comportements liés à des perturbations de l'attachement n'ont pas été observés (Richters & Volkmar, 1994). En résumé il apparaît en fonction de la recherche actuelle que tous les enfants subissant des soins pathogènes ne développent pas de troubles réactionnels de l'attachement, et que les soins pathogènes ne sont pas indispensables pour certains des symptômes comportementaux des troubles réactionnels de l'attachement apparaissent.

### **Facteurs de risques parentaux**

Il est évident que certains facteurs de santé sociale, tels que la violence du partenaire, la toxicomanie parentale, les mères adolescentes, peuvent servir de facteurs de risque pour un attachement parent-enfant problématique ou désorganisé (Carlson, 1998; Main & Hesse, 1990; Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski & Chapman, 1985). Dans une étude examinant des mères à faible revenu avec une histoire de violence du partenaire et leurs enfants de 15 mois, on a démontré que les mères qui vivaient la violence du partenaire la plus sérieuse avaient plus de risque d'avoir des enfants avec un attachement désorganisé (Zeanah et al., 1999).

### **Problèmes de développement**

L'âge de l'enfant au moment de la rupture avec la personne maternante semble affecter le développement d'un attachement de qualité (Albus & Dozier, 1999; Stovall & Dozier, 1997) aussi bien que le développement de difficultés associées. Par exemple, Erickson, Egeland and Pianta (1989) ont démontré que les enfants maltraités quand ils étaient des nourrissons avaient plus de problèmes de développement que ceux dont la maltraitance survenait plus tard dans l'enfance. Dans une autre étude, les nourrissons que recevaient des soins psychologiques inadéquats avaient des résultats plus bas dans les tests de QI et moins de capacité à jouer de façon appropriée à leur âge à 3 ans (Gowan, 1993). Donc des études suggèrent que l'âge de l'enfant au moment dans soins pathogènes semble affecter le type de problème présenté. Cependant la progression du développement ou l'évolution des perturbations de l'attachement est encore peu claire reste un domaine important pour de futures recherches.

### **Facteurs biologiques**

Les traumatismes et la maltraitance sont actuellement reconnus pour entraîner des modifications neurobiologiques chez quelques enfants. Plus spécifiquement, on pense que le traumatisme exerce des effets sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, le système nerveux central et sympathique et le système immunitaire (Putnam, 2000; Putnam & Trickett, 1997). On a aussi suggéré que les réponses traumatiques et les ruptures d'attachement (Bremner et al., 1993; Bremner, Krystal, Charney & Southwick, 1996; Ito, Teicher, Glod & Ackerman, 1998) influencent le développement de certaines voies neurologiques spécifiques, en particulier celles qui régulent les affects et les émotions. Par ailleurs, des facteurs tels que la prématurité, un tempérament difficile, une longue maladie, des anomalies physiques, des coliques persistantes, des difficultés d'alimentation autant que des conditions neurologiques et de développement (par exemple une perte sensorielle, un retard mental, l'autisme, et des

troubles de communication) peuvent contribuer à la formation d'un attachement perturbé et influencer la probabilité qu'un enfant réagisse de façon pathogène à la maltraitance (Chess & Thomas, 1996; Coolbear & Benoit, 1999; Minde, 1999; Richters & Volkmar, 1994, 1996; Shin, Lee, Min & Emed, 1999).

Il n'y a aucun doute que le tempérament joue un rôle en déterminant la réponse de l'enfant à la maltraitance, mais dans certains cas, une personne maternante exceptionnellement douée peut adoucir les dispositions du tempérament (Karen, 1990). En résumé, la recherche à ce jour fournit des preuves que les séquelles neurologiques de la maltraitance peuvent influencer le développement du type d'attachement. Ceci reste un domaine important pour de futures recherches.

## **Comorbidité**

Par définition, les enfants qui ont expérimenté l'abus ou la négligence rentrent dans les critères de troubles réactionnels de l'attachement pour les soins pathogènes. Mais est-ce que la plupart des problèmes de comportement observés chez les enfants abusés sont plus conformes aux critères diagnostiques des troubles réactionnels de l'attachement ou est-ce qu'ils rentrent mieux dans les critères d'autres diagnostics qui ne sont pas basés sur les perturbations fondamentales de l'attachement? Il est possible que les comportements concernés soient correctement classés dans d'autres diagnostics, tels que le syndrome de stress post-traumatique, les troubles anxieux, les troubles de l'ajustement ou soient plus directement liés à des problèmes parentaux tels que la dépression ou la toxicomanie.

Il semble claire que les diagnostics de troubles réactionnels de l'attachement et de syndrome de stress post-traumatique chez les nourrissons et dans la petite enfance se recouvrent largement. Quand un traumatisme survient dans le contexte d'une relation d'attachement primaire d'un nourrisson (par exemple, violence domestique, abus physique, etc.) alors des symptômes compatibles avec chaque trouble peuvent survenir. En plus il y a un recouvrement apparent entre le diagnostic de troubles réactionnels de l'attachement et les problèmes dans les relations avec les pairs qui ne reflètent pas nécessairement un trouble psychiatrique (O'Connor et al., 1999). Finalement il a été rapporté que dans comportements d'attachement désordonné peuvent être confondus avec de l'autisme ou des troubles du langage (Shn et al., 1999). Cependant les enfants qui ont des perturbations primaires de l'attachement ont tendance à avoir de meilleures relations sociales que les enfants autistes, bien que plus déviantes socialement que celles des enfants avec troubles du langage (Richters & Volkmar, 1994).

De la même façon des comportements qui correspondent aux critères de diagnostic des troubles réactionnels de l'attachement peuvent être décrits en utilisant une autre terminologie telle de dérégulation des émotions, ou labilité affective, qui ne sont pas nécessairement des diagnostics psychiatriques certifiés. Une recherche d'un intérêt particulier dans le diagnostic des troubles réactionnels de l'attachement c'est la recherche sur l'agression réactive. Il a été décrit que les enfants maltraités ont plus de risques de percevoir une menace dans des situations neutres ou amicales suite à leur sur-réactivité et à leur agressivité. Ceci est à mettre en relation avec leurs expériences antérieures (par exemple que le monde est dangereux) mais hors de contexte avec la situation actuelle (Shields & Cicchetti, 1998). Par conséquent ces enfants peuvent être perçus comme agressifs, colériques et difficiles à élever. Bien que ces comportements aient des ressemblances avec les troubles réactionnels de l'attachement, ils ne

peuvent pas en eux-mêmes et par eux-mêmes refléter une incapacité à former des attachements ce qui est à l'origine du diagnostic des troubles réactionnels de l'attachement.

Envisager les symptômes des enfants comme des réponses comportementales apprises à l'abus plutôt que comme le reflet d'un trouble sous-jacent présumé de l'attachement suggère des approches thérapeutiques très différentes que celles qui sont souvent discutées dans la littérature sur les troubles réactionnels de l'attachement.

## **Implications pour le traitement**

Les recherches actuelles sur le traitement des troubles réactionnels de l'attachement sont très limitées. Des études anciennes de type rétrospectif se sont basées sur de très petits échantillons d'enfants et ne comprennent pas de contrôles expérimentaux adéquats. Donc notre connaissance des interventions pour les enfants souffrant de troubles de l'attachement est assez limitée. Un développement préoccupant étant donné la popularité grandissante du diagnostic de troubles réactionnels de l'attachement est l'émergence de techniques originales de traitement de l'attachement qui manquent d'une base théorique solide ou d'un support empirique. Un des traitements les plus controversés et les plus connus est la technique de contention, connue aussi sous le nom de thérapie du maintien ou de thérapie de réduction de la rage. Comme le critique James (1994) ces types de techniques comportent trois composants primaires: la réduction prolongée des mouvements pour des raisons autres que la protection, des stimulations nocives prolongées (par exemple, chatouiller, tapoter les côtes) et une interférence avec les fonctions corporelles. Plus spécifiquement, des séances sont organisées au cours desquelles plusieurs adultes maintiennent l'enfant immobile pour un temps prolongé. Cette contention n'est pas liée au comportement immédiat de l'enfant et la procédure peut être répétée quotidiennement. Pendant la période de contention, le clinicien essaye activement de provoquer et de stimuler l'enfant par des stimulations nocives telles que hurler de façon répétée, le tapoter ou le frapper, le chatouiller ou tirer sur ses membres. L'enfant peut essayer de résister en pleurant, en se débattant, en criant puis finit par craquer. Quand l'enfant est arrivé à ce point il est remis à celui (ou ceux) qui s'occupent de lui habituellement et il est censé s'y attacher instantanément. A ce moment on dit à l'enfant que c'est bien, qu'il fait ce qu'il faut. On explique cela en disant que l'enfant a en lui une rage réprimée qui interfère avec sa capacité à former des attachements. La contention prolongée, les stimulations nocives et l'interférence avec les fonctions corporelles sont supposées théoriquement libérer cette rage et apprendre à l'enfant que les adultes peuvent et vont le contrôler. On pense qu'il est ensuite capable de former un attachement sain. On peut dire aux parents que ce traitement est la seule façon d'empêcher leur enfant de devenir un tueur en série, un meurtrier ou un psychopathe et que les traitements conventionnels alternatifs ne marcheront pas avec leur enfant. Les parents d'accueil ou les parents adoptifs sont convaincus d'inscrire leurs enfants dans des programmes résidentiels de thérapie de l'attachement souvent longs et coûteux. Les professionnels qui expriment leurs préoccupations par rapport à ce type de thérapie de l'attachement sont repoussés, on leur dit qu'ils sont mal informés ou qu'ils ont eux mêmes des questions d'attachement non résolues.

Une préoccupation majeure dans ces types d'intervention concerne la particulière vulnérabilité des enfants; ils ont de façon typique des histoires d'abus sévères ou de négligence et ont expérimenté de multiples placements hors du foyer. De plus ces interventions peuvent, en

elles-mêmes et par elles-mêmes, être traumatisantes (James, 1994). Les tenants de la thérapie de l'attachement avancent qu'elle est mal comprise, et la décrivent comme confrontante et intense mais aussi comme nourrissante et sensible. Ils présentent des témoignages anecdotiques de parents qui attestent que la thérapie de l'attachement a marché là où tout le reste avait échoué. Cependant, mis à part ces anecdotes, il n'en reste pas moins qu'il n'y a simplement d'évidence empirique à l'heure actuelle pour supporter l'affirmation que la thérapie de l'attachement est plus efficace ou au moins aussi efficace, que des approches conventionnelles et acceptées.

Parce qu'il n'y a pas de traitement validé empiriquement pour les troubles réactionnels de l'attachement, il semble prudent de s'appuyer sur des traitements qui ont marché parmi des populations présentant des symptômes similaires et des problèmes de comportement. Si nous formons l'hypothèse que les troubles réactionnels de l'attachement viennent d'un attachement insuffisant, qu'ils sont plus fréquents chez les enfants maltraités que chez les enfants non maltraités, et qu'ils se manifestent par des problèmes graves de comportement, il est possible d'emprunter des interventions à partir de la littérature sur la thérapie de la maltraitance.

La première étape, c'est d'obtenir une évaluation complète des symptômes et des problèmes de l'enfant, et d'arriver ainsi à définir des objectifs mesurables. Le praticien de santé mentale doit travailler à assurer la sécurité de l'enfant et à augmenter ses sentiments de confiance, à stabiliser toutes les crises immédiates (par exemple, des idées d'homicide ou de suicide), à établir des limites claires (Swenson & Hanson, 1998). Il est important d'inclure la personne qui a l'enfant en charge dans le traitement pour l'éduquer, augmenter le soutien, établir la confiance et enseigner des stratégies de gestion du comportement. Bien que nous en sachions très peu sur les effets palliatifs du développement d'une relation sûre et stable entre la personne responsable et l'enfant souffrant de troubles réactionnels de l'attachement, les recherches suggèrent que certains enfants placés en famille d'accueil qui ont souffert de ruptures graves de l'attachement sont capables de s'adapter avec succès et d'apprendre à faire confiance aux nouvelles personnes en charge (Albus & Dozier, 1999). Cependant nous ne comprenons pas clairement pourquoi certains enfants sont incapables de développer ces relations. Il faudrait faire d'autres recherches pour examiner si la possibilité pour un enfant de développer un attachement sélectif avec une personne maternante est un facteur de prédiction de la diminution des comportements dans les troubles de l'attachement (O'Connor et al., 1999). Ainsi il apparaît que le fait d'inclure une personne maternante qui apporte son soutien est une condition préalable importante au traitement et une alliance importante dans le déroulement du traitement.

Une fois ces conditions préalables en place, il serait alors possible de commencer des interventions centrées sur l'enfant. Les recherches disponibles sur les interventions auprès des enfants maltraités fournissent un support pour des interventions cognitives comportementales qui ciblent les symptômes provenant de l'expérience d'abus, tels que les symptômes de peur, d'anxiété et de stress post-traumatique (par exemple, Cohen & Mannarino, 1996; Deblinger & Heflin, 1996; Deblinger, McLeer & Henry, 1990; Deblinger, Steer & Lippman, 1999; Stauffer & Deblinger, 1996). Bien que l'efficacité de ces types d'interventions pour les enfants avec des troubles réactionnels de l'attachement n'ait pas été établie, leur efficacité en a été établie pour des séquelles similaires liées à des abus. Par ailleurs ces approches ne semblent pas associées à des effets secondaires et les traitements sont basés sur des théories thérapeutiques bien

acceptées et soutenues. Ces interventions comprennent typiquement: apprendre à l'enfant à s'adapter de façon positive et comment gérer son anxiété (par exemple par la relaxation, la restructuration cognitive), une psycho-éducation à propos des abus sexuels et/ou physiques, et une exposition progressive de techniques permettant de réduire la peur liée au traumatisme et l'anxiété, la pratique de stratégies d'adaptation et pour casser l'association entre le traumatisme et la réponse de peur/anxiété (Deblinger & Heflin, 1996).

En veillant à inclure la personne qui s'occupe de l'enfant dans le processus thérapeutique, il est important en premier lieu d'évaluer ses préoccupations et ses compétences parentales. Un substitut ou un adjoint peut être nécessaire pour cette personne. Les études sur la résilience montrent qu'un attachement non sécurisé peut être grandement influencé par la présence d'une deuxième personne de confiance, stable (Karen, 1990). De plus les recherches sur les enfants abusés ont démontré que l'implication de la personne qui s'occupe de l'enfant affecte positivement le résultat (Deblinger & Heflin, 1996; Deblinger et al., 1990; Kolko, 1996a, 1996b).

En résumé, appliquer les principes généraux de soins de la santé mentale des enfants au cas des troubles réactionnels de l'attachement suggère l'importance de:

- a. identifier les enfants attachés de façon insécure dès le plus jeune âge
- b. s'assurer dans un premier temps que l'enfant est dans un environnement nourrissant et sûr;
- c. travailler directement avec la personne qui s'occupe de l'enfant pour qu'elle apprenne des techniques parentales appropriées
- d. se concentrer sur l'enfant et son adaptation à la famille plutôt que sur de vagues pathologies
- e. maintenir l'enfant dans un niveau de soins le moins restrictif et le moins intrusif possible.

Pour terminer, un certain nombre de préoccupations peuvent concerner l'attention grandissante envers les troubles réactionnels de l'attachement et leur traitement. En premier, par rapport au diagnostic, il apparaît que de nombreux enfants particulièrement victimes de maltraitance peuvent être sur-diagnostiqués sur base d'une large liste de symptômes non spécifiques. Ceci souligne la nécessité d'une évaluation complète par un professionnel indépendant et objectif qui ne dédaigne pas la possibilité de troubles réactionnels de l'attachement mais qui reconnaît aussi que les diagnostics les plus fréquents sont plus souvent le cas que les diagnostics rares. Deuxièmement, il n'y a pas de support empirique pour une quelconque intervention thérapeutique à ce jour. Cependant si les problèmes de comportement montrés par ces enfants sont évalués et ciblés en tant que centre du traitement, il est possible de se baser sur des interventions thérapeutiques bien établies et prouvées. Si nous acceptons le fait que ces types de symptômes / problèmes commencent à un très jeune âge, il est aussi important de reconnaître qu'il n'y a pas de changement miraculeux, et que le changement sera progressif. Il est important que les praticiens et les personnes en charge des enfants reconnaissent ceci et ne cherchent pas prématurément des traitements originaux en faisant des déclarations impressionnantes sur base de données limitées. Finalement il est indispensable qu'une plus large base de connaissances se développe à propos des troubles réactionnels de l'attachement. Ceci comprendrait le développement de critères clairs pour un diagnostic différentiel, déterminer la prévalence actuelle du trouble et évaluer les traitements proposés dans des études randomisées et contrôlées.

## Références

- Ainsworth, M.D.S. (1985). Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792-812.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M.D.S., & Witting, B. (1969). Attachment and explanatory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (Vol. 4, pp. 111-136). London: Methuen.
- Albus, K., & Dozier, M. (1999). Indiscriminate friendliness and terror of strangers in infancy: Contributions from the study of infants in foster care. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 30-41.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Aragona, J. A., & Eyberg, S. M. (1981). Neglected children: Mothers' report of child behavior problems and observed verbal behavior. *Child Development*, 52, 596-602.
- Boris, N. W., & Zeanah, C. H. (1998). Clinical disturbances of attachment in infancy and early childhood. *Current Opinion in Pediatrics*, 10, 365-368.
- Boris, N. W., & Zeanah, C. H. (1999). Clinical disturbances of attachment: An overview. *Infant Mental Health Journal*, 20, 1-9.
- Bousha, D. M., & Twentyman, C. T. (1984). Abusing, neglectful, and comparison mother-child interactional style: Naturalistic observations in the home setting. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 106-114.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss, sadness, and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1-10.
- Bremner, J. D., Krystal, J. H., Charney, D. S., & Southwick, S. M. (1996) Neural mechanisms in dissociative amnesia for childhood abuse: Relevance to the current controversy surrounding the "false memory syndrome." *American Journal of Psychiatry*, 153, 71-82.
- Bremner, J. D., Ng, C. K., Staib, L., Markey, J., Duncan, J., Zubal, G., Krystal, J. H., Mazza, S., Rich, D., Southwick, S. M., Capelli, S., Seibyl, J. P., Dey, H., Soufer, R., Charney, D. S., & Innis, R. B. (1993). PET measurement of cerebral metabolism following a noradrenergic challenge in patients with post-traumatic stress disorder and in health subjects. *Journal of Nuclear Medicine*, 34,205.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective, longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Chess, S., & Thomas, A. (1996). Temperament. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (2nd ed., pp.170-181). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for

Adolescent Psychiatry, 35, 42-50.

- Coolbear, J., & Benoit, J. (1999). Failure to thrive: Risk for clinical disturbance of attachment? *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 87-104.
- Crittenden, P. M., & Ainsworth, M.D.S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 432-463). New York: Cambridge University Press.
- Crouch, J. L., & Milner, J. S. (1993). Effects of child neglect on children. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 49-65.
- Deblinger, E., & Heflin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: A cognitive-behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deblinger, E., McLeer, S. V., & Henry, D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering posttraumatic stress: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 747-752.
- Deblinger, E., Steer, R., & Lippman, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23, 1371-1378.
- Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1981). Developmental sequelae of maltreatment in infancy. *New Directions for Child Development*, 11, 77-92.
- Erickson, M. F., Egeland, B., & Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 647-684). New York: Cambridge University Press.
- Gowan, J. (1993). *Effects of neglect on the early development of children: Final report*. Washington, DC: National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect, National Center on Child Abuse and Neglect, Administration for Children & Families.
- Harlow, H. F. (1961). The development of affectional patterns in infant monkeys. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behaviour* (Vol. 1, pp. 75-97). New York: Wiley.
- Hodges, J., & Tizard, B. (1989). Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 77-97.
- Ito, Y., Teicher, M. H., Glod, C. A., & Ackerman, E. (1998). Preliminary evidence for aberrant cortical development in abused children: A quantitative EEG study. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 10(3), 298-307.
- Ito, Y., Teicher, M. H., Glod, C. A., Harper, D., Magnus, E., & Gelbard, H. A. (1993). Increased prevalence of electrophysiological abnormalities in children with psychological, physical, and sexual abuse. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 5(4), 401-408.
- James, B. (1994). *Handbook for treatment of attachment-trauma problems in children*. New York: Free Press.
- Karen, R. (1990, February). *Becoming attached*. *Atlantic Monthly*, pp. 35-70.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kolko, D. J. (1996a). Child physical abuse. In J. Briere & L. Berliner (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 21-50). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kolko, D. J. (1996b). Child monitoring of treatment course in child physical abuse:

Psychometric characteristics and treatment comparisons. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 23-43.

- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg & D. Cicchetti (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Minde, K. (1999). Mediating attachment patterns during a serious medical illness. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 87-104.
- O'Connor, T., Bredenkamp, D., Rutter, M., & English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. (1999). Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 10-29.
- Putnam, F. W. (2000, January). Effects of abuse and neglect on neurodevelopment: An update. Paper presented at the San Diego Conference on Responding to Maltreatment, San Diego, CA.
- Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (1997). Psychobiological effects of sexual abuse. A longitudinal study. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 150-159.
- Radke-Yarrow, M., Cummings, E. M., Kuczynski, L., & Chapman, M. (1985). Patterns of attachment in two- and three-year-olds in normal families and families with parental depression. *Child Development*, 56, 884-893.
- Reber, K. (1996). Children at risk for reactive attachment disorder: Assessment diagnosis and treatment. In *Progress: Family systems research and therapy* (Vol. 5, pp. 83-98). Encino, CA: Phillips Graduate Institute.
- Richters, M. M., & Volkmar, F. R. (1994). Reactive attachment disorder of infancy or early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 328-332.
- Richters, M. M., & Volkmar, E. R. (1996). Reactive attachment disorders of infancy or early childhood. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (2nd ed., pp. 498-502). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (1998). Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion dysregulation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 381-395.
- Shin, Y., Lee, K., Min, S., & Emed, R. (1999). A Korean syndrome of attachment disturbance mimicking symptoms of pervasive developmental disorder. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 60-76.
- Spitz, R. A. (1950). Anxiety in infancy: A study of its manifestations in the first year of life. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 138-143.
- Stauffer, L. B., & Deblinger, E. (1996). Cognitive behavioral groups for nonoffending mothers and their young sexually abused children: A preliminary treatment outcome study. *Child Maltreatment*, 1, 65-76.
- Stovall, K. C., & Dozier, M. (1997). The evolution of infant attachment in new relationships: Single-subject analyses of ten fosterinfant-caregiver dyads. Manuscript submitted for publication.
- Swenson, C. C., & Hanson, R. F. (1998). Sexual abuse of children: Assessment, research and treatment. In J. R. Lutzker (Ed.), *Child abuse: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 475-499).
- New York: Plenum. Zeanah, C., Danis, B., Hirsheberg, L., Benoit, D., Miller, D., & Heller, S. (1999). Disorganized attachment associated with partner violence: A research

- Zeanah, C. H., Mammen, O. K., & Lieberman, A. F. (1993). Disorders of attachment. In C. H. Zeanah (Ed.), Handbook of infant mental health (pp. 332-349). New York: Guilford.

Par Rochelle F. Hanson et Eve G. Spratt

Rochelle F. Hanson, Ph.D., est professeur assistante au Centre National de Recherche et de Traitement des Victimes de Crimes (NCVC) à l'Université de Médecine de Caroline du Sud. Elle a obtenu un diplôme psychologie clinique de l'Université d'Etat de Floride en 1991, et est spécialisée dans la maltraitance enfantine et la victimisation traumatique chez les enfants et les adultes. Elle est membre de plusieurs organisations professionnelles, notamment de la Société Professionnelle Américaine sur la Maltraitance des Enfants (APSAC), APA, et de l'Association pour l'Avancement de la Thérapie Comportementale (AABT). Les sujets de recherche du Docteur Hanson comprennent la maltraitance des enfants, le stress post-traumatique et la violence chez les adolescents. De plus, le Docteur Hanson assure la supervision clinique de psychologues en formation et d'assistants en pédopsychiatrie et a une pratique clinique avec des enfants et des adultes victimes de traumatismes et de maltraitance.

Traduit de l'américain par Françoise

<http://www.geocities.com/mykidisrad/reactive.htm>