


B978-2-294-75466-1.00027-3, 00027

AUTHOR QUERY FORM

	Book: Traité de psychologie du développement Chapter:00027	Please e-mail your responses and any corrections to: E-mail: G.Breteche@elsevier.com
---	---	---

Dear Author,

Please check your proof carefully and mark all corrections at the appropriate place in the proof (e.g., by using on-screen annotation in the PDF file) or compile them in a separate list. Note: if you opt to annotate the file with software other than Adobe Reader then please also highlight the appropriate place in the PDF file. To ensure fast publication of your paper please return your corrections within 48 hours.

For correction or revision of any artwork, please consult <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

We were unable to process your file(s) fully electronically and have proceeded by

Scanning (parts of) your article

Rekeying (parts of) your article

Scanning the artwork

Location in chapter	Query / Remark: click on the Q link to go Please insert your reply or correction at the corresponding line in the proof	
IQ1	In this references call out missing «Diagnostic et statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.), 2013 » <table border="1"><tr><td>Please check this box or indicate your approval if you have no corrections to make to the PDF file</td></tr></table>	Please check this box or indicate your approval if you have no corrections to make to the PDF file
Please check this box or indicate your approval if you have no corrections to make to the PDF file		

Thank you for your assistance.

Miljkovitch, 978-2-294-75466-1

Les troubles de l'attachement et leurs conséquences à long terme

Raphaële Miljkovitch

PLAN DU CHAPITRE

Introduction

L'attachement désorganisé

Les troubles de l'attachement

Les anomalies dans les fonctions de havre et de base de sécurité

Les facteurs de généralisation du trouble

Conclusion

Introduction

Le bon développement de l'enfant repose sur la satisfaction de ses besoins primaires. Sur le plan psychologique, le besoin de sécurité est sans doute l'un des plus importants (Bowlby, 1973). Bien que couramment, les parents apportent une certaine protection à leur enfant, il arrive parfois que des difficultés relationnelles ébranlent chez ce dernier le sentiment de pouvoir compter sur eux, entraînant un sentiment d'insécurité. Un décalage entre les réponses des parents et les besoins de l'enfant oblige celui-ci à développer des stratégies adaptatives destinées à maximiser ses chances de s'en sortir sans leur assistance ou, quand c'est possible, d'optimiser les soins qu'il reçoit (Main, 1990; Kobak *et al.*, 1993).

L'anxiété suscitée par la non-réponse à leur détresse rend les enfants plus vulnérables (voir DeKlyen et Greenberg, 2008), moins bien armés face au stress (Bernard et Dozier, 2010, Hertsgaard *et al.*, 1995; Spangler et Schieche, 1998). Mais bien qu'elle les fragilise dans leur développement psychologique, l'insécurité d'attachement ne relève pas nécessairement de la psychopathologie.

L'attachement désorganisé

Parmi les styles d'attachement insécure,¹ le plus problématique est sans doute l'attachement désorganisé. Il se caractérise par une incapacité à trouver une stratégie cohérente face à sa figure d'attachement pour être aidé à réguler le stress. On observe alors chez l'enfant des attitudes contradictoires mêlant des mouvements de rapprochement et d'éloignement (Main et Solomon, 1986).

Cet échec dans la mise en place d'une stratégie efficace s'expliquerait par des comportements effrayants émanant de la figure d'attachement : Main et Hesse (1990) ont constaté que des mères marquées par un traumatisme non résolu (c'est-à-dire deuil, expérience d'abus ou de maltraitance) avaient plus souvent des enfants désorganisés. Il est apparu par ailleurs que ces mères manifestaient, lors des interactions avec leur enfant, des comportements effrayants/effrayés (par exemple, ton de voix « hanté », mettre sa main sur le visage ou la gorge de l'enfant). Main et Hesse ont ainsi proposé que l'état d'appréhension de la mère et la production de ces comportements étranges induiraient de la peur dans la relation et amèneraient l'enfant à ne pas pouvoir se tourner vers elle pour être rasséréiné. L'enfant se retrouverait dans une situation paradoxale et insoluble où le havre de sécurité que représente le parent serait en même temps une source de peur, d'où le conflit entre recherche de proximité et réaction de fuite.

¹ Pour une présentation des différents styles d'attachement, voir le chapitre 3.

Partie 4. La psychopathologie et les troubles du développement

Plus récemment, on s'est aperçu que des ruptures dans la communication entre mère et enfant pouvaient également être à la source d'un attachement désorganisé (Forbes, Evans, Moran, et Pederson, 2007; Lyons-Ruth, Bronfman, et Parsons, 1999; Miljkovitch *et al.*, 2013). Il semblerait donc que des absences, non plus physiques, mais psychologiques, de la part de l'adulte amènent l'enfant, lorsqu'il est très jeune, à se sentir démuni et provoquent chez lui une réaction de détresse immédiate comme en témoignent les réactions observées dans la procédure de la *Still Face* (Tronick, Als, Adamson, Wise, et Brazelton, 1978). Cette détresse n'étant pas calmée par l'adulte, elle irait en augmentant; Mary Main (1995) parle d'une « peur sans solution ». Ce ne serait pas tant la peur en elle-même que l'incapacité à y mettre un terme qui fragiliserait l'enfant (Solomon et George, 1999).

Il n'est pas rare que les enfants désorganisés développent des symptômes (par exemple : agressivité) voire des troubles (par exemple : trouble dissociatif), ce qui amène les chercheurs à se demander si ce type d'attachement ne constituerait pas en soi un trouble psychopathologique (van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg, 2002). On sait en tout cas que l'attachement désorganisé constitue en facteur de risque en termes de psychopathologie (Carlson, Egeland et Sroufe, 2009; voir aussi Deborde et Miljkovitch, 2013).

Les troubles de l'attachement

Dans les cas de négligence et/ou de maltraitance, les comportements d'attachement de l'enfant sont sérieusement perturbés et donnent lieu à des troubles de l'attachement graves qui, eux, s'apparentent clairement à des tableaux relevant de la psychopathologie. Zeanah, Mammen et Lieberman (1993) ont proposé un système de classification de ces troubles pour les enfants de 1 à 5 ans. Ils distinguent 5 types de troubles de l'attachement différents (les deux premiers étant les plus graves).

- Dans le type I : *trouble de l'attachement non attaché*, l'enfant ne manifeste pas de préférence particulière pour un adulte donné et ne semble s'attacher à personne. Il peut, par ailleurs, pré-

senter un retard de développement significatif. Une telle perturbation s'observe en particulier chez les enfants élevés en institution, les cas de négligence extrême ou les enfants dont les tuteurs se sont succédé les uns après les autres.

- Le type II : le *trouble de l'attachement indiscriminé* se caractérise par une tendance à ne pas s'assurer de sa sécurité auprès du parent dans les situations non familiales et à ne pas se réfugier vers lui en cas de peur ou d'appréhension. L'enfant fait plutôt preuve de promiscuité, en allant vers n'importe qui pour obtenir des soins et du réconfort. Dans le type II, on distingue les enfants qui ont en outre tendance à avoir des accidents et des comportements à risque de ceux qui présentent une promiscuité sociale avec recherche de réconfort de façon indiscriminée.
- Dans le type III : *trouble de l'attachement inhibé*, l'enfant se montre réticent à s'éloigner de sa figure d'attachement et à explorer l'environnement comme le font les autres enfants de son âge. Certains de ces enfants s'accrochent de manière excessive à leur parent, une attitude qui va bien au-delà de la simple timidité. Face à des inconnus, ces enfants se montrent extrêmement anxieux. Ce fonctionnement peut être induit par un événement traumatique vécu en dehors de la relation, qui pousse l'enfant à chercher une réassurance continue à son état de stress permanent. Une autre catégorie d'enfants de type III se montre totalement soumis face à leur parent (*compulsive compliance*) en lui obéissant en toute circonstance, sans manifester la moindre résistance. Cet état résulte vraisemblablement d'une maltraitance physique à son encontre. L'enfant se montre ainsi hyper-vigilant; il contient ses affects et manque de spontanéité en présence du parent maltraitant.
- Dans le type IV : *trouble de l'attachement agressif*, la relation avec le parent est essentiellement marquée par la colère. L'enfant se montre très agressif envers sa figure d'attachement (physiquement ou verbalement) et/ou envers lui-même (par exemple : en se frappant la tête contre les murs). Souvent l'agressivité est tellement prédominante que d'autres manifestations anxieuses comme des difficultés de séparation ou des troubles du sommeil passent inaperçues ou sont interprétées par les parents comme des

tentatives de les mettre au défi. L'agressivité peut apparaître dans d'autres contextes, mais à un moindre degré. L'enfant peut piquer des crises de colère terribles lorsqu'il est frustré. De tels enfants sont généralement témoins ou victimes de violence à la maison.

- Dans le type V : *trouble de l'attachement avec inversion des rôles*, l'enfant endosse le rôle de parent et se soucie de manière inhabituelle du bien-être psychologique de celui-ci. Dans son comportement, l'enfant peut infantiliser le parent en veillant sur lui ou en le commandant et en le punissant. Un attachement désorganisé pendant la petite enfance est associé à une inversion des rôles dans les années qui suivent (Main *et al.*, 1985).

Les anomalies dans les fonctions de havre et de base de sécurité

Tant que l'enfant n'en arrive pas à renoncer à l'espoir d'être pris en charge par un adulte bienveillant (auquel cas il se laisse mourir), on s'aperçoit que, quel que soit le milieu dans lequel il évolue, il cherche à s'adapter à son environnement, en développant des stratégies qui vont accroître ses chances de survie. Par exemple, s'il n'a pas eu de figure d'attachement stable, il apprend à solliciter n'importe quel adulte pour assurer sa protection. S'il n'a personne qui veille sur lui, il va tenter de se familiariser avec le monde qui l'entoure par lui-même, sans attendre la guidance d'un adulte.

Malheureusement, bien que ces comportements soient adaptatifs, ils peuvent mettre l'enfant dans des situations à risque. En outre, en raison du stress auquel l'enfant est soumis (celui de ne pas être protégé), son développement et sa santé mentale sont sérieusement entravés. De plus, les enfants négligés et/ou maltraités mettent en place des comportements qui peuvent mettre au défi l'établissement de nouveaux liens d'attachement, notamment en cas de placement. Mais bien qu'une mémoire du passé subsiste, l'enfant a une certaine capacité de résilience et peut, s'il a l'opportunité de tisser de nouveaux liens suffisamment tôt, tendre vers un nouvel équilibre psychologique.

Les troubles de l'attachement se distinguent d'autres troubles en ce que le fonctionnement anormal de l'enfant ne s'observe qu'en présence du parent avec lequel la relation pose problème et non dans d'autres contextes. C'est d'ailleurs pour cela qu'on ne l'envisage presque plus au-delà de l'âge de 5 ans, car, avec le temps, ce fonctionnement peut se généraliser à d'autres contextes.

Quand il y a un trouble de l'attachement, ce sont les fonctions de havre de sécurité et/ou de base de sécurité de l'adulte qui sont atteintes. La première fonction consiste à apporter à l'enfant sécurité et réassurance lorsqu'il rencontre un stress : son réflexe est alors de se réfugier vers le parent. Mais lorsque l'attachement est troublé, ce réflexe est perturbé soit en devenant excessif (trouble de l'attachement inhibé), soit en ne se manifestant pas (trouble de l'attachement non attaché); parfois, la détresse n'est pas reconnue et est attribuée au parent (trouble de l'attachement avec inversion des rôles).

La fonction de base de sécurité permet à l'enfant, grâce à la présence protectrice de l'adulte, d'explorer son environnement tant social que physique. Quand il y a un trouble, l'enfant ne s'assure pas de cette surveillance et s'aventure sans consulter le parent (trouble de l'attachement indiscriminé); à l'inverse, il peut aussi se montrer incapable de la moindre exploration (trouble de l'attachement inhibé).

Le DSM-5 propose une classification plus générale que celle de Zeanah *et al.* Deux troubles s'y réfèrent : le trouble réactionnel de l'attachement et le trouble de désinhibition sociale. Chacun de ces troubles renvoie respectivement à des perturbations dans l'utilisation de la figure d'attachement comme havre de sécurité pour le premier et comme base de sécurité pour le second. Ainsi trouve-t-on dans le trouble réactionnel de l'attachement, les symptômes suivants :

- l'enfant ne recherche presque jamais ou recherche minimalement du réconfort lorsqu'il est en détresse;
- l'enfant ne répond pratiquement pas ou répond minimalement au réconfort apporté lorsqu'il est en détresse;
- d'autres symptômes concernent la régulation des émotions, dans le sens d'une inhibition (réactivités sociale et émotionnelle aux autres minimales, peu d'affects positifs);
- ou d'une dysrégulation;
- Épisodes de peurs, d'irritabilité ou de tristesse inexplicables observés lors d'interactions non menaçantes avec des adultes significatifs pour l'enfant.

Partie 4. La psychopathologie et les troubles du développement

Dans les troubles de désinhibition sociale, l'enfant doit présenter au moins deux des quatre critères suivants, qui témoignent d'une anomalie dans l'utilisation de la figure d'attachement comme base de sécurité et qui ne résultent pas d'une impulsivité :

- Réticence réduite ou absente à approcher et interagir avec des adultes non familiers ;
- Comportements physiques ou verbaux trop familiers ;
- Ne consulte pas le parent avant de s'éloigner, même dans des endroits non familiers ;
- Accepte facilement de partir avec un adulte non familier.

Zeanah *et al.* n'incluent pas dans les critères diagnostics un défaut de soins en raison de la difficulté à établir de tels faits. En revanche, le DSM-5 prévoit qu'une des conditions suivantes soit remplie comme prérequis aux deux diagnostics :

- négligence sociale prenant la forme d'un manque persistant de soins provenant d'un adulte afin de satisfaire les besoins de base d'un enfant pour ses besoins émotionnels de réconfort, de stimulation et d'affection ;
- changements répétés de la personne prodiguant principalement les soins à l'enfant (exemple : changements fréquents de famille d'accueil), l'empêchant de former un attachement stable.

L'enfant grandit dans un milieu inhabituel qui limite sévèrement ses possibilités de former une relation d'attachement privilégiée avec un soignant (exemple : orphelinat avec un ratio élevé d'enfants par soignant).

En bref, on constate que le système de classification de Zeanah *et al.* est plus spécifique que le DSM et qu'il rend compte de présentations cliniques non incluses dans cette nosographie (troubles de l'attachement inhibé, agressif, avec inversion des rôles) bien qu'elles facilitent le repérage clinique d'un trouble de l'attachement.

Les facteurs de généralisation du trouble

C'est dans l'insécurité d'attachement que d'autres troubles peuvent prendre leur source. D'importantes méta-analyses mettent en évidence un lien entre l'attachement insécurité et les

troubles internalisés (Groh *et al.*, 2012; Madigan *et al.*, 2012; voir aussi Miljkovitch, Pierrehumbert et Halfon, 2007). Le lien est plus net concernant les symptômes anxieux et dépressifs (Brumariu et Kerns, 2012). Rappelons que dès le plus jeune âge, l'enfant dispose d'un système de peur-alarme qui se déclenche chaque fois qu'il perçoit un danger. Lorsque les soins qu'il reçoit sont défaillants et ne le ramènent pas à un état de sérénité, l'anxiété persiste (Bowlby, 1973; voir aussi Cassidy, 1995). Aussi, Bowlby (1982) considérait que les sentiments d'impuissance et de désespoir caractéristiques de la dépression résultent d'un manque de confiance dans sa propre capacité à établir et à maintenir des relations affectives. La dépression serait la conséquence naturelle du sentiment d'abandon ou de ne pas être désiré ou apprécié. Ainsi comprend-on ce qui, dans un contexte de carence affective, peut entraîner des problèmes psychopathologiques de cet ordre. Notons toutefois que les tailles d'effets sont relativement modestes, bien que très robustes. Cela revient à dire que sur l'ensemble de la population étudiée, l'attachement joue un rôle certain, mais relatif, dans l'apparition de troubles intériorisés; d'autres facteurs sont alors susceptibles d'intervenir. Malgré tout, dans les cas d'insécurité extrême, la part étiologique revenant à l'attachement va être beaucoup plus importante.

Des liens ont également été trouvés avec les symptômes externalisés (agression, opposition, hostilité) (Fearon *et al.*, 2010). Plusieurs vecteurs peuvent rendre compte de ces liens. L'un d'entre eux peut reposer sur les représentations que les enfants se forment à partir de leurs expériences affectives (les « modèles internes opérants »). En particulier, ils élaborent une image d'eux-mêmes et d'autrui en fonction des soins qu'ils reçoivent (Bowlby, 1980). Plus ces soins seront de qualité, meilleure sera l'estime qu'ils auront d'eux-mêmes et des autres (Cassidy, 1988). Et si au départ, ces représentations se mettent en place dans le giron familial, l'enfant va ensuite s'appuyer sur elles pour se faire une idée des personnes qu'il côtoie à l'extérieur. Les pairs, notamment, sont donc perçus à travers ce prisme (Cassidy, Kirsh, Scolton, et Parke, 1996; Raikes et Thompson, 2008; Suess *et al.*, 1992). Le style d'attachement de l'enfant a ainsi une incidence sur la qualité des relations avec eux (Groh, Fearon *et al.*, 2014).

Quand l'enfant est soumis à une maltraitance parentale, il est logique qu'il s'attende à faire l'objet de comportements hostiles. [Crick et Dodge \(1994\)](#) ont constaté que les enfants agressifs avaient une tendance exagérée à attribuer des intentions négatives aux autres; les auteurs parlent alors d'agressivité réactive (c'est-à-dire pour se défendre).

Les travaux de Bandura ([Bandura, Ross et Ross, 1963](#)) ont par ailleurs souligné l'influence qui peut s'exercer lorsqu'un enfant est témoin de violences. Même s'il n'en est pas la cible, le modèle qu'on lui donne participe chez lui à la mise en place d'une représentation des rapports humains en termes de dominé/dominant, où la force est banalisée, voire valorisée par un des parents. Cette représentation de la force va favoriser chez lui la reproduction de ces mêmes comportements et peut en cela, prédisposer à une agressivité « proactive » caractéristique du trouble des conduites.

Un autre vecteur qui vient se superposer dans de tels contextes est celui des capacités réflexives. Selon [Fonagy et al. \(2003\)](#), un enfant soumis à la malveillance de son parent va inhiber sa capacité à s'intéresser et comprendre les intentions des autres pour ne pas se confronter à ce constat insupportable. Cette inhibition porterait sur les états mentaux en général, y compris les siens propres. Les états internes de soi et d'autrui deviendraient alors des données auxquelles il n'a pas accès, ce qui le handicaperait dans la gestion de ses émotions. Ainsi, outre le fait qu'il ne reçoit pas d'assistance de la part de l'adulte pour réguler ses affects ([Lyons-Ruth et al., 1999](#)), il serait mentalement démuné pour y faire face. La dysrégulation émotionnelle qui en résulterait le prédisposerait à des passages à l'acte et, à terme, à une symptomatologie borderline (voir aussi [Deborde et Miljkovitch, 2013](#)). L'incapacité à gérer ses affects peut aussi pousser vers la consommation de substances psychoactives ou vers des conduites addictives (sexes, jeux en ligne, jeux d'argent, etc.) qui permettent d'apaiser ou de se détourner de ce tourment ([Danet et Miljkovitch, 2016](#); [Miljkovitch, 2013](#)).

L'empathie est une composante proche, qui peut aussi faire défaut dans un contexte de maltraitance. Selon [Favre et al. \(2005\)](#), la coupure par rapport aux émotions entraverait l'expression de l'empathie. Ainsi, au modèle de la violence sur lequel s'appuie l'enfant, s'ajouterait une absence de considération pour le mal infligé à autrui. Il

n'y aurait en cela plus de frein aux conduites agressives.

Rappelons par ailleurs qu'un trouble de l'attachement peut se traduire par une colère et une agressivité envahissantes (trouble de l'attachement agressif). Ces comportements sont au départ destinés à accaparer le parent en réponse à une anxiété elle aussi envahissante, anxiété qui donne lieu à un besoin d'attention continu. Les bénéfices obtenus (c'est-à-dire gain d'attention) à travers ces comportements conduisent l'enfant à « exporter » ces derniers en dehors de la famille; ainsi s'en suit une généralisation des comportements agressifs qui pourrait, dans certains cas, déboucher sur des troubles du comportement. À ce propos, [Bowlby \(1944\)](#) avait remarqué, parmi un échantillon de 44 jeunes délinquants, que la quasi-totalité d'entre eux avait subi des séparations importantes avant l'âge de 5 ans. Ce constat l'a amené à envisager la colère comme une réaction naturelle à la séparation. Mais lorsque la situation délétère perdure, cette colère deviendrait selon lui dysfonctionnelle et prendrait à terme des allures de tendances antisociales.

Conclusion

Les vicissitudes des liens d'attachement jouent donc un rôle capital dans le développement de la santé mentale. Il serait bien sûr excessif de conclure que les psychopathologies évoquées dans ce chapitre n'ont comme seul facteur étiologique l'attachement. De nombreux autres paramètres peuvent eux aussi concourir à la survenue des troubles et il ne s'agit pas, ici, de minimiser ces autres facteurs et d'amener à des raccourcis. Néanmoins, dans des cas d'extrême maltraitance, les perturbations résultant de ces liens défailants sont telles qu'elles suffisent à rendre compte du trouble. Car l'attachement a de nombreuses ramifications qui agissent en parallèle dans le développement de l'individu. L'anxiété est à la base de l'activation du système d'attachement. Cette dernière peut donner lieu à de la colère qui, si elle n'est pas gérée correctement, prend des proportions relevant de la pathologie. C'est aussi dans les premières interactions qu'une image de soi s'établit en rapport avec autrui. Cette image guide

Partie 4. La psychopathologie et les troubles du développement

l'enfant dans son interprétation des intentions des autres, ce qui peut alimenter un sentiment de persécution. En même temps, la capacité à se représenter leurs états mentaux peut être mise à mal dans un contexte de maltraitance, ce qui participe à une dysrégulation des émotions et parfois, une non prise en compte d'autrui.

On s'aperçoit malgré tout que les représentations issues de ces liens défaillants participent pour une large part à l'inadaptation de l'individu, en pérennisant son vécu d'insécurité. Plus une relation de qualité peut se mettre en place tôt, moins ces représentations seront validées, plus leur effet délétère sera réduit. Des prises en charge efficaces guident les parents ou nouvelles figures d'attachement dans la manière de contrecarrer les automatismes morbides mis en place par les enfants perturbés.

Si une telle prise en charge a fait défaut et qu'il est impossible de revenir sur ce qui est arrivé, il reste tout à fait envisageable d'élaborer autrement son histoire pour que celle-ci reste à sa place : dans le passé.

Références

- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1963). Imitation of film-mediated aggressive models. *The J Abnorm Soc Psychol*, 66(1), 3–11.
- Bernard, K., & Dozier, M. (2010). Examining infants' cortisol responses to laboratory tasks among children varying in attachment disorganization : Stress reactivity or return to baseline? *Developmental Psychology*, 46(6), 1771–1778. <http://dx.doi.org/10.1037/a0020660>.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves : Their characters and home life. *International Journal of Psychoanalysis*, 25, 19–52. 107-127.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss : Volume 2. Separation*. New York : Penguin.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3 : Loss, Sadness and Depression*. New York : Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss : Volume 1. Attachment*. New York : Basic Books.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. (2012). Mother-child attachment, emotion regulation, and anxiety symptoms in middle childhood. *Personal Relationships*, 19, 569–585.
- Carlson, E. A., Egeland, B., & Sroufe, L. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology*, 21, 1311–1334. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579409990174>.
- Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*, 59, 121–134.
- Cassidy, J. (1995). Attachment and generalized anxiety disorder. In D. Cicchetti, S. L. Toth, D. Cicchetti, & S. L. Toth (Eds.), *Emotion, cognition, and representation* (pp. 343–370). Rochester, NY, US : University of Rochester Press.
- Cassidy, J., Kirsh, S. J., Scolton, K. L., et al. (1996). Attachment and representations of peer relationships. *Developmental Psychology*, 32(5), 892–904. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.32.5.892>.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115(1), 74–101. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.115.1.74>.
- Danet, M., & Miljkovitch, R. (2016). *Être soi-même sur le net - un facteur de risque à l'usage problématique d'Internet chez les personnes insécures*. L'Encéphale.
- Deborde, A.-S., & Miljkovitch, R. (2013). L'attachement impossible? In M. Speranza, A. Pham-Scottet, & M. Corcos (Eds.), *Trouble de la personnalité limite à l'adolescence* (pp. 259–286). Paris : Dunod.
- DeKlyen, M., & Greenberg, M. T. (2008). Attachment and psychopathology in childhood. In Dans J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications*. (2^e éd., pp. 637–665). New York, NY : Guilford Press (dir.).
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5™ (5th ed.). (2013). Arlington, VA, US : American Psychiatric Publishing, Inc.
- Favre, D., Joly, J., Reynaud, C., et al. (2005). L'empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions. *Enfance*, 4, 363–382.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., et al. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior : A meta-analytic study. *Child Development*, 81, 435–456.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., et al. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships : A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412–459.
- Forbes, L. M., Evans, E. M., Moran, G., et al. (2007). Change in atypical maternal behaviour predicts change in attachment disorganization from 12 to 24 months in a high-risk sample. *Child Development*, 78(3), 955–971.
- Groh, A. M., Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., et al. (2014). The significance of attachment security for children's social competence with peers : A meta-analytic study. *Attachment et Human Development*, 16(2), 103–136. <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2014.883636>.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., et al. (2012). The Significance of Disorganized Attachment for Children's Internalizing Symptoms : A Meta-Analytic Study. *Child Development*, 83, 591–610.
- Hertsgaard, L., Gunnar, M., Erickson, M. F., et al. (1995). Adrenocortical responses to the Strange Situation in

- infants with disorganized/disoriented attachment relationships. *Child Development*, 66(4), 1100–1106. <http://dx.doi.org/10.2307/1131801>.
- Kobak, R. R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R., et al. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving : A control theory analysis. *Child Development*, 64(1), 231–245.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behaviour and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64, 67–96.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., et al. (2012). Attachment and internalizing behavior in early childhood : A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 49, 1–18.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization : Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33(1), 48–61.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment : Overview, with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory : Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 407–474). Hillsdale, NJ England : Analytic Press, Inc.
- 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, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years : Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). Chicago, IL US : University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood : A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66–104. <http://dx.doi.org/10.2307/3333827>.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Westport, CT US : Ablex Publishing.
- Miljkovitch, R. (2013). Les conduites addictives comme réponse à l'insécurité d'attachement. In M. Speranza, A. Pham-Scottez, & M. Corcos (Eds.), *Trouble de la personnalité limite à l'adolescence* (pp. 227–236). Paris : Dunod.
- Miljkovitch, R., Moran, G., Roy, C., et al. (2013). Maternal interactive behavior as a predictor of preschoolers' attachment representations in full-term and premature samples. *Early Human Development*, 89, 349–354.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., & Halfon, O. (2007). Three-year-olds' play narratives and their associations with internalizing problems. *Clinical Psychology et Psychotherapy*, 14, 249–257.
- Raikes, H. A., & Thompson, R. A. (2008). Attachment security and parenting quality predict children's problem-solving, attributions, and loneliness with peers. *Attachment et Human Development*, 10(3), 319–344.
- Solomon, J., & George, C. (1999). The development of attachment in separated and divorced families : Effects of overnight visitation, parent and couple variables. *Attachment et Human Development*, 1(1), 2–33.
- Spangler, G., & Schieche, M. (1998). Emotional and adrenocortical responses of infants to the Strange Situation : The differential function of emotional expression. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 681–706.
- Suess, G. J., Grossmann, K. E., & Sroufe, L. A. (1992). Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool : From dyadic to individual organisation of self. *International Journal of Behavioral Development*, 15(1), 43–65.
- Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., et al. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1–13.
- Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2002). Disorganized attachment and the dysregulation of negative emotions. In A. Lieberman & N. Fox (Eds.), *Emotion Regulation and Developmental Health : Infancy and Early Childhood*. Metuchen, NJ : Johnson et Johnson Pediatric Institute.
- Zeanah, C. J., Mammen, O. K., & Lieberman, A. F. (1993). Disorders of attachment. In C. J. Zeanah & C. J. Zeanah (Eds.), *Handbook of infant mental health* (pp. 332–349). New York, NY, US : Guilford Press.

B978-2-294-75466-1.00027-3, 00027

Miljkovitch, 978-2-294-75466-1