



UNIL | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

Year : 2012

Qualité de l'attachement dans la psychose et figures spirituelles

Rieben Isabelle

Rieben Isabelle, 2012, Qualité de l'attachement dans la psychose et figures spirituelles

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive.

<http://serval.unil.ch>

Droits d'auteur

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

Copyright

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.

FACULTE DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

**Qualité de l'attachement dans la psychose
et
figures spirituelles**

THÈSE DE DOCTORAT

présentée à la
Faculté des sciences sociales et politiques
de l'Université de Lausanne

Pour l'obtention du grade de
Docteur en psychologie
par
Isabelle Rieben

Directeur de thèse
Professeur Pierre-Yves Brandt

Jury
Président : Professeure Michèle Grossen
Professeure Christiane Moro
Professeur Pascal Roman
Dr Blaise Pierrehumbert
Dr Philippe Huguelet

LAUSANNE

(2012)

FACULTE DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

**Qualité de l'attachement dans la psychose
et
figures spirituelles**

THÈSE DE DOCTORAT

présentée à la
Faculté des sciences sociales et politiques
de l'Université de Lausanne

Pour l'obtention du grade de
Docteur en psychologie

par
Isabelle Rieben

Directeur de thèse
Professeur Pierre-Yves Brandt

Jury
Président : Professeure Michèle Grossen
Professeure Christiane Moro
Professeur Pascal Roman
Dr Blaise Pierrehumbert
Dr Philippe Huguelet

LAUSANNE

(2012)

Summary

This study had mainly two goals: First of all, adult attachment was investigated in 28 patients with chronic psychosis and 18 controls, using the “Adult Attachment Interview”. This, as no previous research had ever done so with a scientific validated instrument. Diagnostic evaluations were performed with the SCID and symptomatic evaluation with the BPRS. Results showed that patients were more likely to have experienced traumatic experiences with their primary caregivers during their childhood than have controls. We were able to identify as well a high prevalence of insecure avoidant attachment in patients, which highlights the functional dimension of psychosis in the maintenance of the relation to primary attachment figures. This study shows that insecure avoidant attachment is related to an early onset as well as to an unfavourable prognosis. Second, quite a few researches on spirituality in psychosis have shown that patients were more likely to have spiritual beliefs or practices than individuals of a non-clinical population. Coping strategies related to spirituality and religion were identified as efficient for the majority. They can help dealing with all types of difficulties, specific symptoms and may enhance life quality (Mohr et al., 2006). Therefore we have investigated some of the underlying psychological processes in this type of coping strategies, using the conceptual framework of Bowlby’s attachment theory. For most participants, both patients and controls, « spiritual figures » are functioning as attachment figures. Most of them are transposing the internal working model, achieved in relation to their primary caregivers, towards their “spiritual figure” even in case of an insecure attachment.

Résumé

Cette recherche poursuit essentiellement deux objectifs. Premièrement, elle examine les modèles d’attachement à l’aide du « Adult Attachment Interview » chez 28 personnes souffrant de psychose chronique et chez 18 personnes ne souffrant d’aucune affection psychiatrique. En effet, aucune étude avant celle-ci n’avait investigué l’attachement chez des patients psychotiques chroniques à l’aide d’instruments scientifiquement validés. Les évaluations diagnostiques ont été réalisées à l’aide du SCID et les évaluations symptomatologiques à l’aide du BPRS. Dans ce contexte, nous avons pu montrer qu’une majorité de patients avaient été victimes d’expériences relationnelles traumatisantes en lien avec leurs premières figures d’attachement durant l’enfance. Nos résultats indiquent également l’importante prévalence d’un attachement insécure-détaché, qui reflète la dimension fonctionnelle des symptômes psychotiques visant la préservation du lien aux principales figures d’attachement. Ceux-ci montrent encore qu’un attachement insécure-détaché est associé à un début précoce de la maladie ainsi qu’à un pronostic défavorable. Deuxièmement, de nombreuses études ont montré que les patients psychotiques avaient davantage recours à des croyances et pratiques spirituelles/religieuses pour tenter de faire face à leurs difficultés que la population générale. Ce recours s’avère être efficace pour un grand nombre d’entre eux. Il leur permet souvent une meilleure gestion des difficultés, des symptômes et globalement améliore leur qualité de vie (Mohr et al., 2006). Nous avons donc examiné certaines des dimensions psychiques sous-jacentes à ce type de stratégie de coping à l’aide de l’arrière-plan conceptuel de la théorie de l’attachement de Bowlby. Nous avons effectivement constaté qu’un grand nombre de participants, patients et contrôles, investissent des figures spirituelles sur le mode de l’attachement. Même en cas d’un attachement insécure, la majorité d’entre eux transposent leurs modèles internes opérants, acquis dans leur relation aux premières figures d’attachement, sur leur croyance en des figures spirituelles.



Figure 1 : Mutter mit Kind, Paul Klee, 1938

Paul Klee s'intéressait au monde des enfants et au langage des personnes souffrant de maladie mentale. On retrouve régulièrement dans ses œuvres des personnages embryonnaires sans expression, des personnages morcelés ainsi que des lieux d'interaction de forces maléfiques qui prennent possession de l'univers tel l'art brut des patients souffrant de schizophrénie. Il est étrange de remarquer dans ce contexte d'un art qui met en avant l'incapacité de la personne souffrant de schizophrénie à établir une relation d'objet, qu'une thématique qui revient régulièrement est celle du lien de la mère à l'enfant. Mais toujours en laissant le contemplateur dans une perplexité ! Quel est ce lien ? Qu'est ce qui se transmet dans ce lien ? On a le sentiment d'être face aux témoignages des personnes souffrant de psychose lorsqu'elles tentent de rendre compte de la non communication, de l'absurdité du langage du monde dans lequel elles ont tout d'abord ouvert les yeux.

Remerciements

Ma profonde reconnaissance va aux participants qui ont partagé avec moi des moments intimes et qui ont accepté de revisiter leur passé. Un passé souvent marqué par des expériences trop difficiles pour des enfants. Puisse cette recherche, grâce à eux, rappeler aux cliniciens l'importance avant tout de l'empathie dans l'échange humain. Puisse-t-elle également souligner l'importance du lien thérapeutique pour permettre aux patients de progressivement oser se remettre en contact émotionnellement avec les expériences relationnelles difficiles qui ont provoqué la fuite dans la psychose. Puisse-t-elle également souligner l'importance d'accompagner chacun dans sa tentative de donner du sens à sa souffrance et aux expériences bouleversantes liées à cette pathologie.

Je remercie mon directeur de thèse le Professeur Pierre-Yves Brandt, pour la liberté que j'ai eue dans la conceptualisation et l'organisation de mon travail. J'ai appris énormément au cours de ces trois années, surtout parce que cette liberté m'a permis d'avoir parallèlement une activité psychothérapeutique. Je suis reconnaissante d'avoir pu co-organiser un cours ainsi qu'une conférence sur la thématique de ma thèse. Ces échanges ont été riches et fructueux.

Un grand merci à Francesco Lopes pour le codage des entretiens AAI et les échanges stimulants qui ont nourri ce travail, autant dans la réflexion théorique que pour le traitement des données, et plus encore pour son amitié.

J'ai une pensée particulière pour la Dr Nathalie Rieben-Baarts pour sa patience infinie lorsqu'il fallait réécouter chacun des entretiens pour corriger les transcriptions, et surtout pour sa présence fraternelle qui m'a accompagnée tout au long de ce travail.

Je remercie Mélanie Scartocci pour la relecture de qualité et toutes les personnes qui m'ont aidé dans les longues tâches de transcription, ainsi que celles qui m'ont trouvé des participants contrôles.

Je remercie le Professeur Pierre-Yves Brandt, le Dr Philippe Huguelet et le Dr Pierrehumbert pour avoir accepté de soutenir ce projet de recherche en tant que requérants auprès du Fond National de Recherche Suisse.

Je remercie la Dr Sylvia Mohr pour avoir préparé le terrain scientifique pour ce champ de recherche avec des personnes souffrant de psychose. Je lui suis particulièrement reconnaissante pour avoir partagé avec moi sa riche expérience clinique. Cela m'a permis d'adopter une vision intégrative des activités de chercheuse et de clinicienne, qui s'enrichissaient réciproquement!

J'aimerais exprimer tout particulièrement ma gratitude au Dr Philippe Huguelet pour m'avoir ouvert les portes de sa consultation, m'avoir accueillie chaleureusement dans ses équipes de chercheurs et de soignants, et pour m'avoir permis de suivre en psychothérapie des personnes touchantes et précieuses. Merci infiniment aussi pour ton humanité et ton soutien !

Enfin, une pluie de remerciements à mes proches, mes amis, ma famille, mais surtout à Alain sans qui cette thèse n'aurait jamais vu le jour ! Aucun travail de cette ampleur ne s'accomplit dans la solitude. De celui-ci tu as surtout expérimenté les aspects les plus ingrats. Jamais je n'oublierai ta patience infinie, ton optimisme porteur, le soutien avec lequel tu as su me gêner, ta disponibilité constante alors que tes propres activités auraient pu suffire à t'accaparer pleinement. Avec toi, la vie m'a comblée !

1	INTRODUCTION.....	13
2	LE SENS ET LE SACRE	17
2.1	La recherche de sens	18
2.2	La place du sacré	22
 PREMIERE PARTIE : PSYCHOSE ET SCHIZOPHRENIE		27
3	SCHIZOPHRENIE	28
3.1	Historique	28
3.1.1	Démence précoce et folie maniaque-dépressive de Kraepelin	28
3.1.2	Le concept de schizophrénie	29
3.1.2.1	Les symptômes fondamentaux dans la schizophrénie	30
3.1.2.2	Les symptômes accessoires	32
3.2	Nosologie	33
3.3	Repères épidémiologiques	35
3.4	Classification : Une catégorisation de la schizophrénie encore actuelle	36
3.5	Psychopathogenèse de la schizophrénie	38
3.5.1	Le modèle bio-psycho-social	38
3.5.2	Une vulnérabilité psychique précoce dans le développement de la schizophrénie	39
3.5.2.1	Schizoïdie et schizophrénie	39
3.5.2.2	Vulnérabilité prémorbide	41
3.5.2.3	Autisme riche et autisme pauvre	45
3.5.2.4	La perte du contact avec la réalité	45
3.5.3	Le modèle psychopathologique psychanalytique de la psychose	47
3.5.3.1	L'explication psychanalytique freudienne de la psychose	47
3.5.3.2	La distinction freudienne entre psychose et névrose	50
3.5.3.3	Les mécanismes fondamentaux du moi	51
3.5.4	Le modèle psychopathologique de la psychose selon Benedetti	54
3.5.4.1	La phénoménologie en psychiatrie	55
3.5.4.2	La schizophrénie selon Benedetti	57
3.5.4.3	La schizophrénie comme existence négative	57
3.5.4.4	Le délire d'influence	58
3.5.4.5	Participation du moi et du surmoi au processus schizophrénique	59
3.5.4.6	L'identité dans la schizophrénie	62
3.5.4.7	Une théorie de la psychothérapie des psychoses	64

3.5.4.8	Intériorisation transformante et psychopathologie progressive	64
3.5.5	Notre propre modèle de référence de la psychopathogenèse de la psychose s'appuie sur une mosaïque théorique	68
3.6	Narration et construction de l'identité : vers une réflexion méthodologique	71
3.6.1	L'identité : entre permanence et devenir	71
3.6.2	Identité narrative et psychopathologie	74
3.6.3	Pathologies psychiques, les échecs d'une mise en récit	74
3.7	Schizophrénie et religion	78
3.7.1	Psychiatrie et religion	78
3.7.2	Réflexion d'un psychothérapeute à propos de certains phénomènes religieux	82
3.7.3	Les études concernant la schizophrénie et la religion	86
3.7.3.1	Données sociologiques	86
3.7.3.2	Les effets de croyances religieuses et spirituelles sur la schizophrénie	87
3.7.3.3	Coping spirituel et santé	88

DEUXIEME PARTIE : THEORIE ET ETUDES SUR L'ATTACHEMENT, LA PSYCHOSE ET LE COPING SPIRITUEL 93

4	THEORIE DE L'ATTACHEMENT : HISTORIQUE, CONCEPTS ET ETUDES	94
4.1	Historique de la théorie de l'attachement	94
4.1.1	Conjonctions historiques	94
4.1.2	Le contexte clinique et scientifique	96
4.1.3	L'Héritage de la psychanalyse et de l'éthologie	98
4.2	Les concepts de Bowlby et l'avènement de la théorie de l'attachement	102
4.2.1	John Bowlby	102
4.2.2	Les concepts de base de la théorie de l'attachement	106
4.2.3	Représentation de soi et des autres	108
4.2.4	La théorie d'attachement et la psychanalyse	109
4.3	Classification de la sécurité émotionnelle dans l'attachement	111
4.4	Variables contextuelles et relationnelles déterminantes	113
4.4.1	Comportements parentaux	113
4.4.2	L'attachement au père	115
4.5	Controverses : attachement ou tempérament	116
4.6	La question culturelle et écologique	119
4.7	L'attachement adulte	120
4.7.1	Conceptualisation de l'attachement adulte et instruments de mesures	120

4.7.2	L'approche narrative	122
4.7.3	Tradition du self-report	125
4.7.4	Les styles d'attachement, sont-ils durables à travers la vie ?	127
4.8	Attachement et psychopathologie	131
4.8.1	Attachement et troubles de l'humeur	132
4.8.2	Attachement et troubles anxieux	136
4.8.3	L'attachement et les troubles dissociatifs	138
4.8.4	Attachement et modèles psychosociaux de la psychose	141
4.8.5	Comment la théorie de l'attachement peut-elle contribuer au développement de théories actuelles de la psychose ?	145
4.8.6	Type d'attachement et coping dans la psychose	147
4.9	Coping spirituel et attachement dans la psychose	149
4.9.1	Critères d'identification d'une figure d'attachement religieuse/spirituelle	152
4.9.2	Différences interindividuelles dans la spiritualité/religiosité en lien avec les modèles internes d'attachement	156
4.9.3	Une figure d'attachement de substitution	158
4.9.4	Histoire d'attachement et spiritualité/religiosité : hypothèse de compensation versus hypothèse de correspondance	162
4.9.5	Attachement religieux/spirituel et dimensions psychologiques du bien-être subjectif	166
5	PROBLEMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE	168
5.1	L'attachement dans la psychose	169
5.2	La dimension religieuse/spirituelle et l'attachement dans la psychose	172
5.2.1	Processus psychiques sous-jacents du coping en lien avec des figures religieuses/spirituelles	174
5.2.2	Efficacité de l'investissement d'une figure religieuse/spirituelle sur le mode de l'attachement	176
5.2.3	Réflexions en arrière-fond sur l'intérêt d'examiner l'espace de projection fantasmagorique religieux singulier pour l'étude des processus d'attachement	177
5.2.4	Le développement de croyances et pratiques religieuses/spirituelles et la qualité du lien aux parents	178
5.2.5	Changements religieux au cours de la vie	180
5.2.6	Réflexion méthodologique	181
TROISIEME PARTIE : METHODE, RESULTATS ET DISCUSSION		186
6	METHODE.....	187
6.1	Population	187

6.1.1	Patients	187
6.1.2	Participants contrôles	187
6.1.3	Recrutement des patients	188
6.1.4	Recrutement des sujets contrôles	190
6.2	Procédures	192
6.2.1	Patients	192
6.2.2	Sujets contrôles	192
6.2.3	Grille d'entretien sur les croyances et pratiques spirituelles/religieuses en lien avec une éventuelle figure spirituelle privilégiée	192
6.2.4	Adult Attachment Interview (AAI)	196
6.2.5	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	200
6.2.6	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID)	200
6.3	Grille d'analyse de l'attachement à une figure spirituelle/religieuse	201
6.3.1	Rappel théorique sur les modèles internes opérants	202
6.3.1.1	Les sécures ont un faible niveau d'anxiété et manifestent peu d'évitements	202
6.3.1.2	Les insécures préoccupés ont un haut niveau d'anxiété et manifestent peu d'évitements voire tendent à se surexposer	203
6.3.1.3	Il existe deux types d'insécures-détachés si l'on observe les sous-catégories du AAI	204
6.3.1.4	Première partie de la grille : Parents-Enfance-Changes à l'Adolescence-Changes à l'Age adulte-Actuellement	206
6.3.1.5	Deuxième partie de la grille : Actuellement : Une figure spirituelle investie sur le mode de l'attachement	210
6.3.1.6	Vignettes cliniques pour exemplifier le codage de la grille sur l'attachement religieux	213
6.3.1.7	Troisième partie de la grille : Coping spirituel/religieux	238
6.4	Conclusion de la partie méthodologique	241
7	RESULTATS	242
7.1	Validation de la représentativité des échantillons	242
7.1.1	Validation de la représentativité des échantillons en fonction des variables âge, sexe et niveau de formation des parents	245
7.1.2	Validation de la représentativité de la religiosité de notre échantillon de patients comparée aux populations de patients psychotiques générales	246
7.1.3	Affinement de vérification de la représentativité des échantillons patients/contrôles en fonction de la variable religiosité	248
7.2	L'attachement chez les personnes souffrant de psychose chronique	250

7.2.1	Représentativité de la répartition des types d'attachement de l'échantillon contrôle	251
7.3	Proportion d'expériences relationnelles traumatisantes parmi les patients et les contrôles	252
7.4	Type d'attachement et symptômes	255
7.5	Une figure d'attachement spirituelle/religieuse	259
7.6	La correspondance des modèles internes opérants	267
7.7	La transformation des modèles internes opérants	269
7.8	Les processus de compensation des modèles internes opérants	273
7.9	Attachement et coping positif	276
7.10	Développement d'une religiosité basée sur l'attachement à une figure spirituelle/religieuse et le coping spirituel	290
7.11	Changement religieux	296
8	DISCUSSION ET CONCLUSION	303
8.1	Prévalence d'un attachement insécuré préoccupé dans la psychose : Un facteur prédisposant et un pronostic défavorable	303
8.2	Les traumatismes liés à la relation aux figures d'attachement dans l'enfance des personnes souffrant de schizophrénie	307
8.3	Transposition des modèles internes opérants d'attachement sur une figure spirituelle ou compensation émotionnelle?	311
8.4	Coping religieux/spirituel	318
8.5	L'influence de l'éducation religieuse et du type d'attachement sur le coping spirituel à l'âge adulte	320
8.6	Changements religieux au cours de la vie	322
8.7	Limites de cette étude	323
8.8	Conclusion	324
8.8.1	Qualité de l'attachement dans la psychose	325
8.8.2	Figures spirituelles et attachement	326
8.8.3	Coping spirituel et attachement	328
9	BIBLIOGRAPHIE	330
10	INDEX DES AUTEURS	350
11	INDEX DES MOTS-CLES	355
12	TABLE DES ILLUSTRATIONS - TABLEAUX	360
13	TABLE DES ILLUSTRATIONS – FIGURES	362
14	ANNEXES	363

1 INTRODUCTION

Les études du groupe de recherche des HUG dans lequel j'ai pu m'insérer ont montré qu'il y avait un nombre de personnes ayant des croyances et/ou pratiques spirituelles ou religieuses plus important dans la population des patients souffrant de psychose que dans la population générale (Mohr et al., 2007). Ces études ont également montré que chez la majorité des patients stabilisés, le recours au religieux/spirituel représente une ressource importante pour faire face à la maladie (Huguelet et al., 2008). De tels résultats sont très intéressants dans la mesure où cette dimension a préalablement été étudiée surtout durant les phases de décompensation des patients.

Jusque là, la littérature scientifique s'était essentiellement concentrée sur la dimension pathologique et délirante du religieux/spirituel chez des personnes souffrant de psychose (Mohr et al., 2006). Cette attitude a inévitablement engendré des préjugés de la part des professionnels de la santé ; préjugés dont souffrent souvent les patients pour qui les croyances ou pratiques spirituelles/religieuses ont de l'importance (Mohr & Huguelet, 2004 ; Huguelet et al, 2008). Plus précisément les études aux HUG ont mis en évidence quatre manières dont le religieux/spirituel peut être exploité pour tenter de faire face à la maladie

1. Certains patients mentionnent ainsi l'importance pour eux du soutien social de leurs communautés religieuses.

2. D'autres mentionnent davantage avoir recours aux discours de certains courants religieux/spirituels et aux écritures saintes pour tenter de donner du sens à leurs expériences difficiles et trouver des solutions.

3. D'autres encore mettent plus en avant le recours à des rituels et pratiques pour rythmer leurs journées et tenter de réguler leurs émotions.

4. Pour terminer, certains présentent leur relation à une figure religieuse/spirituelle surnaturelle ou encore à un (guide spirituel, prêtre etc) comme une source de soutien important. Evidemment la plupart des patients exploitent plusieurs de ces différentes manières à la fois pour faire face à leurs difficultés.

Ayant travaillé sur les entretiens qui ont été faits dans ce cadre, j'ai été frappée par le nombre de patients qui mettaient en avant leur relation à une figure religieuse/spirituelle. Dans la pratique clinique avec les patients psychotiques pour qui le relationnel semblait

très appauvri, j'ai aussi remarqué que la relation à une figure religieuse/spirituelle continuait à être alimentée sur le long terme. Au départ le seul objectif de cette thèse était alors d'investiguer les processus psychiques sous-jacents à la quatrième manière d'exploiter le religieux/spirituel pour tenter de faire face à la maladie. Dans ce contexte, j'ai choisi d'avoir recours au paradigme de la théorie de l'attachement pour étudier la manière dont une personne pouvait se servir de la relation à une figure religieuse/spirituelle pour tenter de faire face à ses difficultés. En effet, en psychologie de la religion, tout un courant grandissant étudie actuellement la question des processus d'attachement susceptibles d'être activés dans l'expérience religieuse/spirituelle (Kirkpatrick, 1999). Par conséquent, le premier objectif de ce travail sera d'explorer les processus psychiques sous-jacents du coping spirituel sous l'angle des théories de l'attachement.

Or la relation à l'autre est justement une des grandes dimensions considérées comme dysfonctionnelles chez des personnes souffrant de psychose. Pour de nombreux cliniciens il s'agit de la principale difficulté dans cette pathologie dont découlent toutes les autres (Minkowski, 1926). La théorie de l'attachement décrit comment les expériences relationnelles précoces contribuent à la construction d'une représentation de soi, des autres et de soi en relation avec autrui. Elle décrit également comment ces représentations tendent à se rigidifier et à se maintenir au cours de la vie. Elle s'inscrit ainsi dans les études développementales. Les études de l'attachement dans les populations cliniques montrent comment ces modèles peuvent représenter des facteurs protecteurs ou au contraire vulnérabilisants face au développement de troubles psychiques (Berry et al., 2007). Il existe à ce jour encore très peu d'études valides de l'attachement chez des personnes souffrant de psychose. Les facteurs étiologiques de la psychose sont nombreux. On considère aujourd'hui que les facteurs biologiques et environnementaux sont profondément en interaction tout au long de la vie. La théorie de l'attachement ne permettra pas à elle seule, de décrire l'ensemble des processus prémorbides qui mènent au développement d'une psychose. Nous tenterons néanmoins au cours de ce travail d'identifier des régularités dans les expériences relationnelles précoces ainsi que la réaction psychique à ces dernières au travers de la constitution de modèles internes opérants chez des personnes souffrant de schizophrénie. Cette investigation devrait permettre d'éclairer un point central dans l'étude de la psychose à savoir sa psychogénèse et le développement d'un éventail de stratégies de coping pour faire face à la maladie une fois déclarée.

Ce que nous venons de décrire comme étant le deuxième objectif de ce travail à savoir l'étude de l'attachement dans cette population, au final, a pris l'ascendant sur le

premier. En d'autres termes, pour pouvoir étudier comment les dynamiques d'attachement chez des personnes souffrant de psychose sont activées dans la croyance à une figure religieuse/spirituelle, il faut déjà examiner ces dynamiques indépendamment du contexte religieux/spirituel. Il se trouve que les études investiguant l'attachement dans des populations psychotiques sont rares. De plus les outils utilisés pour le faire sont souvent discutables du point de vue de leur validité scientifique. L'ambition centrale de ce travail est donc d'explorer les dynamiques d'attachement chez des personnes souffrant de psychose avec des outils d'investigation aussi valides que possible et de voir ensuite comment ces modèles internes opérants sont potentiellement activés, transposés, transformés dans la croyance à une figure religieuse/spirituelle.

Nous verrons au cours de ce travail combien cette tâche s'est avérée complexe et difficile, faisant appel à une discussion éthique permanente entre les regards scientifique et clinique. Plus précisément, confronter les patients à leurs expériences relationnelles précoces impliquait pour nous de naviguer au cas par cas entre les exigences du chercheur qui impliquent d'accéder à un certain nombre d'informations indispensables concernant les expériences personnelles des participants et celles du clinicien sensible au vécu et particulièrement à la souffrance souvent intense – réactivée par l'exploration de ces souvenirs.

Après avoir exposé la réflexion qui a guidé l'élaboration de ce travail, nous proposons à présent de présenter l'ordre dans lequel les différentes étapes seront abordées.

L'introduction sera suivie d'une brève réflexion philosophique sur l'existence humaine, le sens et le sacré. Cette partie présentera, d'une part, l'arrière-plan anthropologique à partir duquel le vivant sera abordé dans ce travail. Elle permettra, d'autre part, de réfléchir à la fonction psychologique de cette construction culturelle qu'est le religieux et de montrer l'intérêt pour le psychologue de l'examiner afin de mieux comprendre l'humain. Ensuite la partie théorique de cette thèse sera divisée en deux grands chapitres. L'un portant sur la schizophrénie, l'autre traitant plus particulièrement de la théorie de l'attachement et des études qui en découlent.

Dans le chapitre sur la schizophrénie, nous présenterons l'historique du concept, les classifications nosologiques et les repères épidémiologiques. Nous introduirons ensuite différents modèles théoriques concernant la psychopathogénèse de la psychose. Il est important de comprendre comment ces différents modèles ont permis l'avènement l'un de l'autre et se complètent mutuellement. Nous prendrons alors un moment pour soulever des

questions d'ordre méthodologique qui justifient alors le recours à une approche narrative de l'identité. Pour terminer, nous proposerons un état de la recherche autour de l'étude du religieux/spirituel chez des personnes souffrant de schizophrénie.

Dans le chapitre sur la théorie de l'attachement, nous situerons le contexte historique et clinique dans lequel cette théorie a vu le jour. Nous présenterons son fondateur et les travaux qui ont implanté la théorie de l'attachement dans la psychologie développementale. Nous ferons également un détour par les diverses méthodes ayant été développées pour examiner les dynamiques d'attachement à l'âge adulte. Ce n'est qu'ensuite que nous plongerons dans l'étude de l'attachement au sein des populations cliniques, puis plus spécifiquement psychotiques. Pour terminer, nous reprendrons la littérature scientifique s'étant penché sur l'étude des dynamiques d'attachement dans les comportements et croyances religieuses/spirituelles.

Après cette partie théorique, nous exposerons précisément nos hypothèses de travail et les outils et méthodes auxquels nous avons eu recours. Ensuite seulement, seront présentés les résultats de cette recherche. Une discussion plus approfondie permettra alors de réfléchir à la manière dont ces résultats peuvent être situés dans le contexte de la littérature scientifique, en soulignant les apports de cette étude et ses limites.

2 LE SENS ET LE SACRÉ

Des êtres humains font l'objet d'investigation dans ce travail de recherche. A notre sens, cela implique un certain nombre de positionnements épistémologiques de la part du chercheur. L'objectif dans cette étude sera de parvenir à gérer une dialectique perpétuelle entre un regard avant tout phénoménologique et athéorique et une démarche scientifique psychologique et médicale, permettant de formuler des hypothèses qui puissent être testées. Le regard phénoménologique exige toujours en arrière-plan, de ne pas perdre de vue, que les données de recherche résultent de la rencontre entre deux sujets, où les deux s'expriment de manière singulière selon leur expérience subjective sous l'influence des variables contextuelles telles que la présence de l'autre, le contenu et la forme des thématiques abordées et l'influence de toutes les dimensions personnelles et culturelles convoquées indirectement lors de cette entrevue. Nous avons donc décidé de traiter dans ce chapitre, des questions épistémologiques à partir desquelles les entretiens avec les participants ont pu être pensés. Cela, avant de nous lancer dans l'exposition des différents modèles de la psychose ainsi que de la théorie de l'attachement.

Par ailleurs, comme nous l'avons mentionné dans la partie introductive, nous allons nous intéresser aux croyances sur soi, autrui et soi en relation avec autrui, mais aussi à des croyances religieuses/spirituelles. Les notions de religion et de spiritualité font régulièrement l'objet d'un débat quant à leur définition. En tant que psychologue ces questions seront abordées à partir de l'univers de sens singulier de chacun des participant avec en arrière plan les enjeux existentiels de la vie humaine et la place que peut prendre le recours au sacré dans ce contexte.

Le philosophe allemand W. Dilthey (1833-1911) expose dans ses ouvrages, l'image d'un être humain doté d'une vie spirituelle profonde et activement créatrice de sens. Il entend par *spirituels*, les phénomènes relatifs à l'esprit. Pour lui, afin de parvenir à la connaissance des phénomènes relatifs à l'esprit, il est nécessaire de développer une méthode de recherche adaptée à la particularité de l'esprit humain. C'est dans ce contexte qu'il a développé le concept de la *compréhension herméneutique*, qui rend compte d'une acquisition de connaissance passant par une compréhension de l'intérieur, relative à des

phénomènes qui se présentent à la conscience de l'intérieur comme un tout cohérent (Tellenbach, 1987).

Le philosophe danois Kierkegaard propose au 19^{ème} siècle une compréhension du phénomène religieux que nous retrouvons en partie un siècle plus tard en psychologie de la religion avec le psychiatre K. Pargament. On y retrouve l'idée que l'être humain, par sa pensée, accède à la dimension de l'absolu et souffre de la conscience de sa propre finitude. Pour faire face à ce drame, l'être humain peut développer une passion pour l'éternel, pour soulager voire dépasser cette souffrance. Cette passion peut prendre forme à l'intérieur d'un système religieux, ou de tout autre système de pensée, même personnel, apportant un sens plus grand à la vie et contribuant ainsi à réparer sa blessure humaine liée à la finitude. Nous essayerons de découvrir comment certains auteurs partagent l'idée que de par la condition humaine, l'absolu est présent en tout être humain qui le découvre et lui donne un sens en construisant celui de sa propre existence (Malantschuk, 1961).

Dans cette première partie nous nous donnons ainsi comme objectif de parvenir à saisir les enjeux existentiels fondamentaux qui se présentent à nous humains, afin d'arriver par la suite à comprendre toutes expressions humaines comme autant de manières d'habiter le monde et de faire face à ces enjeux. Sans aucunement nier les autres facettes de l'humain, il peut paraître essentiel de s'appuyer sur la conception d'un fond humain à partir duquel le trouble psychique peut être restitué dans le contexte du vivant qui est en devenir (Von Weizsäcker, 1951).

2.1 La recherche de sens

Nous chercherons, dans cette partie, à cerner un arrière-plan théorique qui donne forme à la réflexion qui se poursuivra tout au long de ce travail. Une brève présentation de l'approche herméneutique du philosophe allemand W. Dilthey (1833-1911) permet de mettre l'accent sur la spécificité des phénomènes relatifs à l'esprit qui requièrent, selon lui, une méthode d'acquisition de connaissance propre. L'œuvre de Dilthey insiste sur l'importance d'une prise en compte de l'esprit pour accéder à une connaissance approfondie de l'être humain. Il explore l'activité centrale et complexe de construction de sens, qu'il situe au cœur même de l'expérience humaine.

D'une manière générale, le projet de Dilthey est d'établir une méthode permettant la connaissance des sciences de l'esprit. Il ne met pas en doute l'efficacité de l'approche positiviste dans le domaine des sciences de la nature, mais souligne sa négligence pour

l'objet d'étude des sciences morales (Geisteswissenschaften). Il considère que la connaissance du phénomène psychique ne peut passer par la seule prise en compte d'un phénomène physique dont certains postulent qu'il l'accompagnerait de manière systématique. Dilthey rompt avec l'idée qu'évoque ce postulat, en précisant qu'il n'est applicable qu'à des processus psychiques élémentaires. La connaissance des processus psychiques supérieurs requiert une approche spécifique. Pour Dilthey, la connaissance des phénomènes spirituels, c'est-à-dire pour lui relatifs à l'esprit, passerait par une compréhension de l'intérieur. En d'autres termes, il s'agit de phénomènes qui se présentent à la conscience de l'intérieur comme un tout cohérent. Or, les objets d'étude des sciences de la nature, seraient selon lui des faits donnés de manière isolés accessibles depuis l'extérieur. Retenons qu'à ses yeux, les phénomènes relatifs à l'esprit se révèlent à nous depuis l'intérieur, prenant la forme d'une totalité cohérente. Par conséquent, afin de parvenir à la connaissance de l'esprit humain et des phénomènes psychiques, il est nécessaire de développer une méthode particulière, adaptée à leur spécificité.

La citation suivante permet d'éclairer la spécificité de la méthode de Dilthey: «Die Natur erklären wir, das Seelenleben verstehen wir» (Dilthey, 1894 (1947), p. 150). Autrement dit, l'effort de connaissance est de l'ordre de l'explication pour ce qui a trait à la nature et de l'ordre de la compréhension pour ce qui a trait à la vie psychique. Cependant, il n'insiste pas sur cette dichotomie ; bien au contraire, la distinction repose sur des aspects plus nuancés. L'idée principale est que la compréhension n'est pas chose finie mais toujours en devenir, alors que l'explication est plus définitive. Sans nous arrêter plus longuement sur la problématique de la distinction que Dilthey propose entre les sciences de la nature et celles de l'esprit, cherchons à saisir le ou les sens que prend le terme «compréhension» avec lui. On peut en déceler deux définitions différentes.

La notion de compréhension renvoie d'une première manière à l'idée d'une reconstruction du vécu de l'autre, suivant la logique d'une analogie. Il parle de «nachleben» comme d'une manière de revivre, et de «nachbilden» comme d'une manière de reconstruire, qui prend forme au travers de l'expérience de vie, ou plutôt de la sagesse acquise au cours de la vie. Il définit la compréhension comme un «processus par lequel nous connaissons un intérieur à l'aide de signes perçus de l'extérieur par nos sens». (Dilthey, 1894 (1947), p.320). L'activité de perception est suivie de celle dite d'«Auslegung», qui correspondrait à la lecture de ces signes. Cette lecture s'élabore à partir d'un ensemble dans lequel interagissent la vertu de l'expérience de vie, qui intervient comme la possibilité de percevoir le tout cohérent de la vie psychique, ainsi que le partage

de l'expérience au niveau interhumain. On peut donc retenir ceci pour ce qui est de la connaissance de l'autre.

En revanche pour ce qui est de la connaissance de soi, la compréhension reçoit une définition différente qui fait appel à l'histoire. Dilthey nous apprend que la connaissance de soi ne passe pas par la cogitation sur soi, ni par l'expérience vivante de soi, mais rétrospectivement par l'analyse des produits découlant du déroulement de la vie psychique. Ainsi peuvent être saisies les motivations derrière les actes, et de manière générale se dessine une certaine cohérence. Cependant, l'esprit humain est en perpétuelle mouvance, et ne permet aucune prévisibilité. En d'autres termes il n'y a pas de structure psychique dont l'évolution puisse être prédite.

La compréhension permettant la connaissance de soi et de l'autre demande à être clarifiée par la manière dont Dilthey conçoit, d'une part le rapport entre soi et autrui et d'autre part le rapport entre la familiarité, le même et l'autre c'est-à-dire l'altérité. Il importe de préciser que selon lui, la perception de soi n'est pas prioritaire par rapport à la perception de l'autre. La perception de l'un permet et complète la perception de l'autre. C'est en rencontrant celles de l'autre que je prends connaissance de mes limites. En revanche, en me servant de mon expérience individuelle comme chablon pour aller à la rencontre de l'autre, je dois garder à l'esprit ma limitation dans la compréhension de ce dernier. C'est justement parce qu'il y a une ressemblance ou familiarité de la vie spirituelle humaine « Vervandschaft », le partage est possible et en même temps limité. La difficulté dans la compréhension de l'autre se situe dans la rencontre entre ce qu'il y a de familier et ce qu'il y a d'étranger dans l'expérience vécue de l'un et de l'autre (Dilthey, 1894 (1947)).

Le terme «compréhension» se rapporte aussi à la connaissance en intégrant encore une autre dimension qui relève de la notion de sens. Reprenons la citation de Dilthey «Gäbe es eine Wissenschaft vom Menschen, so wäre es die Anthropologie, die die Totalität der Erlebnisse nach dem Strukturzusammenhang verstehen will.» (Tellenbach, 1987, p. 206). Pour Dilthey, s'il existait une science de l'homme, ou science humaine, ce serait l'anthropologie, en cela qu'elle tente de comprendre la totalité des expériences humaines en les saisissant à l'intérieur de la structure qui les relie. Selon Dilthey, l'expérience psychique est à comprendre comme le défilé d'un ensemble d'événements et de processus qui sont vécus comme s'ils suivaient une certaine chronologie. Or, ces événements et processus sont étroitement interconnectés à l'intérieur d'une totalité de sens de laquelle ils émanent. On peut comprendre cette totalité de sens comme une « structure

individuelle ». C'est en quelque sorte ce qui se construit lorsque l'individu fait l'expérience subjective du sens. On peut dire que chaque vécu subjectif participe à construire cette structure individuelle et, en même temps, c'est cette structure individuelle qui permet de rapporter l'expérience isolée à un contexte de sens en fonction de son affiliation à celui-ci et de sa pertinence. Chaque vécu s'ajoute à l'expérience psychique dans son ensemble, en prenant place dans une configuration au travers de la signification qui lui est attribuée. Au cours de l'histoire biographique de l'individu se construit ce que Dilthey a nommé « Biographische durchformenden Sinngestalten », qu'on pourrait interpréter comme des configurations de sens structurantes et formatrices, permettant à l'être au monde de se représenter dans sa subjectivité. C'est au travers de ces configurations que le comportement d'une personne prend sens en fonction de son vécu. Le sens devient ainsi la dimension fondamentale et centrale de l'existence humaine «Menschliche Dasein». Comprendre cette dernière dépasse donc la reconnaissance d'expériences isolées et implique de saisir ces expériences dans toute leur signification à l'intérieur d'un ensemble plus grand propre à l'être de la personne vivant ces expériences. C'est dans cet effort de compréhension profonde que Dilthey voit une approche scientifique permettant au mieux de saisir l'essence humaine. Cette approche scientifique propre aux sciences humaines est la «compréhension herméneutique» ; elle se développe dans un va-et-vient constant entre, d'une part le retour à l'essence de la personne en partant de la signification que l'expérience a pour elle et, d'autre part, le fait de partir de l'essence d'une personne pour arriver au contenu du sens de ses expériences. C'est ainsi qu'on arrive à la compréhension de l'entité humaine dans son ensemble, à la fois dans son activité de construction de sens au cours de son expérience et dans son essence même (Dilthey, 1900, (1947)). En d'autres termes, la compréhension herméneutique permet de concevoir que l'essence même d'une personne se déploie et s'accomplit à l'intérieur des expériences qui constituent l'histoire interne de sa vie et que réciproquement, ces expériences créent son essence et sa structure (Tellenbach, 1987).

Cette manière d'approcher l'être humain s'inscrit dans le champ de la phénoménologie développée plus tard par Husserl, (1938-39; (1991)). Nous verrons plus loin comment les théories de l'attachement tentent de décrire ces mêmes structures, en parlant plutôt de schémas internes opérants, résultant de l'histoire de vie, structurant l'activité de construction de sens dans le particulier au cours de l'expérience même, mais également lui permettant de s'inscrire dans un tout cohérent. Certains chercheurs ont alors développé des outils d'investigation guidant le chercheur dans sa tentative de saisir ce que

Dilthey appelait la « structure individuelle » sans laquelle les comportements et émotions ne peuvent être interprétés de l'extérieur. Selon Dilthey il est impossible de prédire l'évolution d'une structure psychique. Nous verrons comment en tentant d'identifier des similitudes et différences interindividuelles de la structure individuelle, la théorie de l'attachement prétend parvenir à prédire l'évolution de ces structures individuelles. En ce sens, dans un travail qui vise l'exploration d'un objet aussi complexe et difficile d'accès que le psychisme humain, il nous semble intéressant de revenir à des notions épistémologiques pour porter un regard critique sur chacune des étapes de cette recherche et interpréter les résultats en tenant compte des limites de ces procédures.

2.2 La place du sacré

Toujours dans cette tentative de construire un arrière-plan théorique permettant de guider la manière dont nous tenterons de saisir l'être singulier souffrant de schizophrénie, nous proposons de reprendre quelques idées fort intéressantes de Søren A. Kierkegaard. Le philosophe danois du 19^{ème} siècle distingue l'existence au sens de « tilvaerelse » en danois, de l'existence au sens de « Existens ». Le premier terme peut être associé au concept de « l'étant » chez Heidegger et le second au concept de « l'être ». Au fond les « étants » existent dans la mesure où ils sont, tandis que les « êtres » peuvent s'arracher à la facticité et penser ce qui n'est pas. En plus d'être conscients de leur existence, ils s'interrogent et posent la question du sens de cette dernière (Clément, 1994, p. 152). L'existence, au sens de « tilvaerelse », correspond ainsi au fait d'être, d'exister de manière factuelle. Or, l'existence au sens d'« Existens », ou en allemand « Dasein », correspond plutôt à la manière dont l'être humain habite son monde ; elle signifie la vie et le sens même de la vie. Elle n'est pas seulement la conscience immédiate d'exister selon Kierkegaard, mais est vécue en direction de l'accomplissement de soi dans la vérité. Reprenons les paroles mêmes de Kierkegaard « At finde den Ide for hvilken jeg vil leve og døe » (Heiberg et al., 1909-1948, p. 75), c'est-à-dire que l'existence est comparable à une tâche qui n'est pas séparable de l'exigence de trouver une vérité pour laquelle je veuille vivre ou mourir. Selon Kierkegaard, l'existence se rattache ainsi à la conscience d'une tâche à accomplir, c'est pourquoi, selon lui, elle s'articule à l'idée d'une recherche de la vérité. L'individu existe au sens existentiel de Kierkegaard, lorsqu'il se demande ce qu'il doit faire pour se comprendre et se connaître lui-même. L'individu est face à son défaut de complétude, puisqu'il peut penser l'infini, ce qui n'est pas ou pas encore et en même temps, il est conscient de son existence et de sa finitude. Contrairement à l'existence d'un « étant »,

L'existence d'un Homme est en même temps en rapport à lui-même. L'Homme n'est jamais simplement ce qu'il est, il le « devient » en exprimant sa volonté d'exister. Le devenir est à comprendre comme un mouvement de l'accomplissement de soi, lié à l'existence en tant que tâche à réaliser. L'existence devient vérité pour Kierkegaard, parce qu'elle est la volonté subjective de vérité. Seule la réflexion subjective permet l'expression de l'intérêt qu'a l'existence à exister. D'après lui, la vérité ne se laisse définir que par la manière dont elle est acquise, et n'existe pas en dehors de ce rapport subjectif. La différence entre la vérité et la non-vérité ne se décide que subjectivement, tout comme la vérité ou la non-vérité du rapport. Au fond le critère de distinction est une décision prise subjectivement.

Dans son rapport à la dimension de l'éternité, l'être humain, infiniment intéressé à exister, développe une certaine passion plutôt qu'un rapport abstrait. Cette passion permet à l'individu de se délivrer de cette souffrance liée à sa propre finitude. Kierkegaard va beaucoup plus loin. En tant qu'écrivain religieux plus que philosophe, il met en scène la recherche de la vérité de l'être humain en lien avec la religion chrétienne et la figure du Christ. D'après lui, lorsque l'individu arrive à se détacher de cette souffrance liée à sa finitude en se tournant vers l'éternité, il comprend son existence sous le signe de la faute. Nous retiendrons de Kierkegaard non pas la manière dont il articule l'existence de l'être humain, du Christ et du Dieu chrétien, mais la manière dont il met l'accent sur une dimension fondamentale pour comprendre le vécu de l'être humain. Kierkegaard fait apparaître l'être humain comme un être qui par sa pensée, accède à la dimension de l'éternité et souffre de la conscience de sa propre finitude. Devant ce drame, l'être humain peut développer une passion pour l'éternité qui lui permet de s'arracher, ne serait-ce qu'en partie, à cette souffrance. Selon Kierkegaard, cette passion peut prendre forme dans le cadre d'un système religieux. On retrouve cette idée lorsqu'il dit du christianisme qu'il n'a pas d'autre réalité qu'existentielle. Dans son ouvrage consacré à Kierkegaard, Malantschuk (1961) précise que le christianisme place l'individu devant l'exigence d'exister en rapport avec cet existant éternel qui est Dieu, mais aussi devant celle de croire que l'existentiel et l'éternel sont réunis dans le Christ, ce qui situe en même temps l'éternité à un moment déterminé dans le temps. Cependant, selon Kierkegaard il n'existe pas une seule vérité. La religion chrétienne n'est qu'une religion parmi d'autres pour donner un sens à l'existence en dépassant la souffrance liée à la finitude. Retenons de ce penseur l'idée que devant le drame de l'existence humaine, l'être humain peut trouver du soutien dans la foi, la spiritualité ou la croyance religieuse. « Je peux bien par moi-même désespérer de tout,

mais je ne peux, ceci fait, en revenir à moi-même. A cet instant de la décision, l'individu a besoin d'un secours divin. » (Malantschuk, 1961, p 48).

D'après Kierkegaard, le religieux ne s'exprime pas que sous la forme d'une religion déterminée mais peut s'exprimer tout autant dans l'athéisme que dans une religion institutionnelle. Vouloir « absolument » est au fond vouloir l'infini. Tout se passe comme si cette indétermination du religieux mettait l'accent sur une certaine religiosité présente chez tout être humain et dans toutes les cultures. La religiosité n'aurait ainsi d'autre présupposition que la condition humaine. L'absolu est présent en tout homme qui le découvre et lui donne un sens en construisant celui de sa propre existence (Malantschuk, 1961).

On retrouve des idées très similaires avec Pargament en psychologie de la religion. Lorsqu'on dit « religion », cette notion réveille des idées et images diverses chez chacun. Pargament reprend deux aspects fondamentaux de la religion pour tenter de caractériser son originalité à côté d'autres constructions humaines présentes dans toutes les cultures. D'une part, ce qui distingue la religion de toute autre construction humaine culturelle et collective est le sacré. La religion traite de la question de Dieu, de divinités, d'êtres surnaturels, de forces transcendantales et de tout ce qu'on peut associer d'autre à ces forces suprêmes. D'autre part, la religion est considérée comme ayant une fonction importante en tant qu'elle adresse plus que toute autre construction culturelle la question de la gestion de crises existentielles (Pargament, 1997).

La religion a été définie comme une institution constituée d'interactions organisées en fonction de schèmes culturels, avec des êtres surhumains dont l'existence est postulée culturellement (Spiro, 1966). La religion a aussi été définie comme l'ensemble de sentiments, d'actes et d'expériences vécus par des individus dans la solitude au moment où ils se considèrent eux-mêmes comme étant en relation avec ce qu'ils considèrent être le Divin (James, 1902). Ces deux définitions de la religion sont des exemples de définitions dites substantielles de la religion. Généralement, elles mettent l'accent sur les croyances, les pratiques, les sentiments ou interactions avec quelque chose de plus grand que soi-même, quelque chose de l'ordre du sacré. Chaque définition de ce type tend à mettre l'accent plus sur l'un ou l'autre des aspects cités, mais elles mettent toutes avant tout la religion en lien avec le sacré. Une critique qu'on peut formuler devant de telles définitions de la religion est qu'elles semblent ne pas prendre en compte un aspect fondamental de l'essence même de la religion. En décrivant les divinités ou autres êtres surhumains ainsi

que l'interaction avec ces derniers, la religion apparaît sous une dimension purement statique. Au fond, ce type de définition répond uniquement à la question du «Qu'est-ce que la religion ?».

Mais devant une construction humaine aussi particulière il peut paraître fondamental – au moins aux yeux du psychologue – de se demander «Quelle est sa fonction?». Cette question nous mène vers un ensemble de définitions plus dynamiques de la religion, à savoir les définitions fonctionnelles. Dans cette perspective, la religion a été définie comme “Whatever we, as individuals, do to come to grips personally with the questions that confront us because we are aware that we and others like us are alive and that we will die” (Batson et al, 1993, p.8). Ainsi, la religion serait tout ce à quoi nous nous accrochons collectivement et personnellement en tant qu'individus pour arriver à faire face à la conscience de notre propre mort et à celle de ceux qui nous entourent. D'autres diront que la religion est un système de croyances et de pratiques dont la signification permet à un groupe d'individus de faire face aux problèmes ultimes et existentiels de la vie (Yinger, 1970). Ces définitions, mettent la religion en lien avec le processus de gestion des problèmes existentiels, tels que la mort, la souffrance, la tragédie, le mal, la douleur et l'injustice. Les psychologues de la religion expliquent que la religion traite non seulement de ces questions, mais propose aussi des voies qui permettent d'apporter un sens particulier aux évènements. D'un point de vue fonctionnel, toutes les productions de la religion en termes de symboles, de récits, de rituels, ne servent que cette nécessité qu'a l'être humain de pouvoir reconstruire les évènements dramatiques en leur donnant un sens qui les rend plus supportables. Mais une telle définition de la religion ne la différencie pas spécifiquement d'autres manières de faire face à ces questions existentielles.

Avec Pargament, nous proposons de reprendre les deux aspects substantiel et fonctionnel qui permettent de prendre en compte à la fois la dimension du sacré et la dimension fonctionnelle dans la religion. Dans cette optique la religion devient un processus, à comprendre comme une recherche existentielle du sens associé au sacré. Une telle définition de la religion permet de comprendre les expressions spirituelles plus modernes, tout comme les expressions plus traditionnelles de la foi, les engagements dans de nouveaux mouvements religieux, tout comme la participation à des institutions religieuses plus orthodoxes, ainsi que les expériences et activités groupales et collectives, tout comme les expériences et actes de foi solitaires (Pargament, 1997).

Il est temps de conclure cette partie sur le rôle de la religion en lien avec le sens de l'existence et du sacré. Avec Dilthey, nous avons vu comment le sens devient la dimension fondamentale et centrale de l'existence humaine (Tellenbach, 1987). Selon Kierkegaard, l'absolu est présent en tout homme qui le découvre et lui donne un sens en construisant celui de sa propre existence (Malantschuk, 1961). Cet absolu peut prendre une forme religieuse, permettant à l'être humain de puiser dans son expérience spirituelle pour trouver un soulagement à sa profonde souffrance humaine. Pargament présente la religion comme le processus de recherche existentielle du sens associé au sacré. On retrouve également chez lui l'idée que la religion a la fonction pour l'être humain de lui apporter un soutien lorsqu'il doit faire face aux problèmes existentiels, en lui permettant d'en reconstruire le sens et de les rendre plus supportables (Pargament, 1997).

Dans cette optique, afin de ne pas évacuer d'emblée toute la complexité de l'être humain, nous nous donnerons la tâche de l'approcher à tout moment comme un être de sens, construisant le sens de sa propre existence, et comme un être spirituel, puisque, comme le met en avant Kierkegaard, qu'elle prenne une forme religieuse ou non, la dimension de l'absolu, de l'éternel est présente en chacun parce que nous pouvons penser quelque chose de plus grand que nous-mêmes. Nous sommes tous en « travail d'humanisation » selon Weizsäcker, et nous devons constamment passer par des crises existentielles qui peuvent nous faire basculer dans la pathologie. Il paraît donc essentiel de s'appuyer sur la conception d'un fond humain à partir duquel le trouble psychique peut être restitué dans le contexte du vivant qui est en devenir (Von Weizsäcker, 1951). De toute évidence il n'est pas question de nier les autres facettes de ce vivant, qui est entre autres aussi un être social, culturel et corporel, mais d'arriver à le penser à tout moment « en devenir dans toute la complexité de son existence ».

PREMIERE PARTIE : PSYCHOSE ET SCHIZOPHRENIE

3 SCHIZOPHRENIE

3.1 Historique

Rappelons quelques définitions et concepts développés par certains grands psychiatres des 19^{ème} et 20^{ème} siècles autour de la pathologie mentale actuellement reconnue sous le terme de schizophrénie. Pour ce faire, nous commencerons par évoquer les notions de démence précoce et de folie maniaque-dépressive d’Emil Kraepelin (1856-1926) pour voir dans quelle mesure l’unification de différents tableaux pathologiques – décrits jusque-là comme des entités séparées – prépare l’avènement de la notion de schizophrénie avec Eugen Bleuler (1857-1940). La catégorisation de la schizophrénie que ce dernier met en place, nous permettra ensuite de mieux saisir la définition actuellement prédominante donnée à ce groupe de pathologies qui se situe au centre de la psychiatrie contemporaine.

3.1.1 Démence précoce et folie maniaque-dépressive de Kraepelin

Plusieurs auteurs ont observé et décrit un certain nombre de troubles mentaux dont souffraient de jeunes patients au cours du 19^{ème} siècle. C’est le psychiatre allemand Emil Kraepelin qui unifia à l’intérieur d’un seul modèle différents tableaux pathologiques décrits jusque-là comme des entités séparées. Il appellera cet ensemble « la démence précoce ». L’histoire de la démence précoce commence en 1899 lorsque Kraepelin rédige la sixième édition de son « traité de psychiatrie », où il consacre tout un chapitre à cette pathologie. Kraepelin réunit sous le terme de « démence précoce » trois syndromes jusque-là décrits séparément : la démence paranoïde, la catatonie et l’hébéphrénie. Ces trois formes cliniques de schizophrénie figurent encore aujourd’hui dans le DSM-IV et la CIM-10 (Roudinesco et Plon, 1995). Le principe de classification pour Kraepelin était l’évolution du trouble et plus particulièrement son aboutissement à un état terminal d’abrutissement. Ceci lui permettait de distinguer ce trouble de l’autre type de psychose dont on parlait à l’époque, « la folie maniaque-dépressive » qui donnait lieu à des épisodes affectifs mais qui n’aboutissait pas à un état terminal déficitaire. Malgré les résultats obtenus par un grand nombre de recherches qui mettent l’accent sur l’importante diversité quant au pronostic – et ce dans tous les types de psychoses (Bourgeois, 1999) – ce principe de classification a été plus ou moins maintenu au cours du 20^{ème} siècle. La démence précoce, décrite par Kraepelin, peut être comprise comme un processus d’affaiblissement

progressif et définitif des facultés intellectuelles, qui engendre une perturbation du fonctionnement psychique pouvant se manifester sous la forme de délires, d'hallucinations et/ou de troubles du comportement considérés comme chroniques et plus ou moins sévères (Guyotat, 1963).

3.1.2 Le concept de schizophrénie

Le psychiatre suisse Eugen Bleuler, était professeur à la clinique psychiatrique du Burghözli (Zurich), qui était à l'époque un des lieux les plus prestigieux du monde médical. Ses assistants furent, entre autres, K. Abraham (1877-1925), L. Binswanger (1881-1966), C. G. Jung (1875-1961) et E. Minkowski (1885-1972). Bleuler a commencé par mettre en doute la chronicité posée par Kraepelin (Bourgeois, 1999). En effet, suite à un certain nombre d'études catamnésiques avec des patients souffrant de démence précoce, il constate que seul un tiers d'entre eux évoluent vers une forme de chronicité, alors qu'un autre tiers évoluent vers une forme de démence résiduelle et que le dernier tiers s'en sortent. En 1911, Bleuler propose le nouveau concept de « schizophrénie » – du grec *schizein* qui veut dire « fendre » et *phrên* qui se rapporte à la pensée – car selon lui, la « Spaltung » – ou dislocation des diverses fonctions psychiques – est un des caractères les plus importants dans ce groupe de psychoses. On retrouve cette idée dans la citation suivante : « J'appelle la démence précoce « schizophrénie » parce que, comme j'espère le démontrer, la scission des diverses fonctions psychiques est un des caractères les plus importants ; pour des raisons de comorbidité, j'emploie le mot au singulier bien que le groupe contienne vraisemblablement plusieurs maladies » (Bleuler, 1911 (1993) p44). Bleuler estimait que le processus décrit par Kraepelin ne débutait pas seulement à l'adolescence et n'évoluait pas non plus vers cet affaiblissement progressif des fonctions intellectuelles, telles que la mémoire, l'attention et l'orientation spatiotemporelle, qui avaient été retenues comme caractéristiques de la démence sénile (Lantéri-Laura et Gros, 1992). On peut dire aussi que Kraepelin maintint une étiologie organique, alors que Bleuler apporte une nouvelle conception de la schizophrénie en introduisant des concepts tels que la personnalité et le rapport à soi et au monde (Roudinesco et Plon, 1995). Bleuler a mis l'accent sur le fait que le terme nosologique qu'il avait forgé décrivait un groupe de pathologies non homogènes au niveau de leurs étiologies et de leurs thérapeutiques. Pour Bleuler, ce groupe s'individualise par un certain nombre d'aspects plus ou moins généraux. On retrouve chez les personnes souffrant de schizophrénie, une forme originale d'altération de la pensée, des émotions et des relations avec le monde environnant (Lantéri-Laura et

Gros, 1992). Celle-ci est accompagnée d'une scission du fonctionnement psychique, qui fait que l'unité de la personnalité se dissout. Des petits bouts de pensées et d'idées impropres s'assemblent sans suivre une cohérence accessible pour autrui, d'où pour l'observateur, l'apparition d'un sentiment d'étrangeté, de bizarrerie (Bourgeois, 1999). Selon Minkowski, Bleuler a ainsi parfaitement bien décrit la clinique de la schizophrénie et aucune modification essentielle ne lui a été apportée depuis lors.

Nous reviendrons sur l'étiologie de la schizophrénie selon Bleuler de manière approfondie plus loin dans ce travail. Mais précisons à ce stade que dans le tableau clinique, il distingue deux catégories de symptômes : d'une part les symptômes fondamentaux et d'autre part, les symptômes accessoires.

3.1.2.1 Les symptômes fondamentaux dans la schizophrénie

Les symptômes fondamentaux regroupent tout ce qui est lié au processus de la morbidité qui relèvent d'une organogenèse (Roudinesco et Plon, 1995), c'est-à-dire les aspects déficitaires, négatifs, caractérisés par la dislocation psychique, l'autisme, les affects émoussés, les associations relâchées, l'ambivalence, l'attention perturbée. (Aujourd'hui, on parlerait plutôt de symptômes primaires.) Bleuler distingue les troubles des fonctions simples des troubles des fonctions complexes.

Les troubles des fonctions simples se rapportent aux associations d'idées, souvent étranges, déplacées, marquées par des pensées insolites et par une pauvreté idéique, ou par une simultanéité de pensées contraires. Parmi les fonctions simples, on retrouve aussi l'affectivité et son trouble, l'« abêtissement affectif », en allemand « Verblödung », qu'il serait plus prudent d'appeler « émoussement affectif ». Les personnes malades qui en souffrent ne manifestent plus d'émotions pendant de longues périodes ; elles ont tendance à se montrer indifférentes à tout, sans aucune activité visant la conservation de leur corps, ni aucune vie psychique et sociale. Parfois se manifeste une parathymie, par exemple à travers un rire sans motif ou totalement inapproprié. Bleuler parle aussi de l'ambivalence comme étant l'un des troubles des fonctions simples. D'après lui, elle se manifeste de façon universelle même dans les cas légers. Elle articule au même moment un ressenti d'émotions agréables et désagréables, ou des pensées contraires simultanées. Souvent les patients ne prennent pas conscience de cette ambivalence.

Les troubles des fonctions complexes, se rapportent entre autres au rapport à la réalité. C'est dans le cadre de cette réflexion, que Bleuler a développé le concept

d'*autisme*. Dans le cas de l'autisme, il explique que les personnes souffrantes vivent dans un monde refermé sur lui-même. On y retrouve la prédominance d'une vie intérieure sur le monde extérieur qui peut paraître hostile et peut être vécu comme une entrave aux rêveries. Pour lui, les patients schizophrènes qui n'ont plus aucun rapport avec l'environnement vivent dans un monde qu'ils ne partagent avec plus personne, ce monde n'est qu'à eux. Ils y vivent comme enfermés avec leurs désirs, qui sont imaginés comme réalisés, ou avec leur souffrance provenant des persécutions dont ils se croient victimes. Leur contact avec le monde ambiant est limité au strict minimum.

Reprenons à ce sujet la notion de *pensée autistique* de Bleuler – *das autistische Denken* – désignant la pensée qui ne cherche plus à s'adapter à la réalité ambiante. Elle est opposée à ce que Bleuler appelait en allemand *das realistische Denken* – ou *pensée réaliste* – qui est au contraire toujours préoccupée par le souci de s'adapter aux exigences de la réalité et de développer la valeur pragmatique maximale. Ainsi, la pensée autistique ne vise pas à être communiquée aux autres de façon compréhensible, ni à diriger la conduite de façon adéquate à la réalité extérieure. Elle n'a de visée que le monde subjectif de la personne, et n'est utile qu'à elle-même. Dans la mesure où ce monde intérieur est détourné de l'environnement, les procédés de pensée font usage librement de signes et de symboles qui peuvent les rendre plus rapides, en les adaptant parfaitement aux événements subjectifs. Il nous apparaît alors moins étrange qu'un fragment de phrase puisse représenter l'expression explicite d'une pensée, qui peut être constituée d'une série de fragments dont le sens nous échappe et dont l'articulation sémantique apparaît d'abord comme non existante pour la pensée réaliste.

L'autisme décrit par Bleuler peut donc être compris chez un individu comme son détachement de la réalité accompagné d'un repli sur lui-même et les événements à lourdes charges affectives de son passé. L'individu atteint donne ainsi la préférence à son monde imaginaire au détriment de la réalité (Bleuler, 1926).

Selon Bleuler, les malades ont tendance à se boucher l'orifice des organes sensoriels ce qui traduit leur volonté de s'isoler. Or il précise que pour la personne qui le vit, le monde intérieur paraît tout aussi réel que la réalité partagée socialement, qui peut aussi être altérée par des hallucinations. Bleuler compte également parmi les troubles des fonctions complexes, les perturbations de l'attention active autant que passive. Certains détails sont enregistrés et conservés en mémoire, alors que les éléments pertinents ou jugés tels socialement ne sont souvent pas retenus. La volonté, qui à l'époque se référait au

comportement et à la psychomotricité, est marquée par un contraste entre moments de paresse, et moments de grande énergie. La personnalité, elle aussi, est désorganisée. La « démence schizophrénique », telle que la nomme Bleuler, peut être rapprochée de la stupidité, dans la mesure où apparaissent des surgénéralisations ou des condensations insensées de certaines représentations. On retrouve aussi une certaine perte des repères liés aux valeurs psychiques, où une diminution des influences extérieures peut entraîner une accentuation du propre jugement. On dira souvent que l'esprit des patients est morcelé et que ceux-ci n'ont pas ou que partiellement conscience de leur maladie. Au niveau de l'activité et du comportement, on assiste à du désintérêt, à un manque d'initiative, à une incapacité d'adaptation, parfois à une promiscuité libertine, à la paresse, ou encore à une certaine apathie. Selon Bleuler, ce qui domine avant tout, c'est le repli sur soi : un isolement permettant de se protéger des influences extérieures. Ce repli sur soi peut se manifester, pour l'extérieur, par une indifférence totale et des répétitions stéréotypées.

3.1.2.2 Les symptômes accessoires

Les symptômes accessoires, tels que les hallucinations et les délires, relèvent d'une psychogénèse. On parle actuellement de symptômes positifs. Ces symptômes ont pris la place la plus importante pour le diagnostic de la schizophrénie dans le DSM-IV et la CIM-10. Parmi ces symptômes, il y a les erreurs sensorielles avec, au premier rang, les illusions et hallucinations qui peuvent toucher tous les sens mais avec une prédominance des troubles de l'ouïe et des sensations corporelles.

Bleuler note que les malades entendent souvent leurs propres pensées comme un écho, qu'ils entendent des gens parler entre eux, ou encore qu'ils se sentent comme accompagnés d'une voix qui commente ou critique chacun de leurs actes et chacune de leurs pensées. Au niveau corporel, les hallucinations peuvent provoquer des sensations très variées ; elles peuvent, par exemple, mouvoir la langue du malade. Les patients peuvent aussi ressentir des sévices dans tous leurs organes. Quant aux idées délirantes, on y retrouve tout ce qui est objet de désir, mais aussi de crainte, sous la forme d'idées de persécution, d'empoisonnement, d'influences corporelles, ou encore d'idées de grandeur. Souvent les idées délirantes se contredisent entre elles, ce qui donne l'impression d'un délire chaotique. Il est fréquent que ces idées soient l'objet de croyances fortes voire inébranlables ne supportant pas la critique.

Parmi les troubles accessoires de la mémoire, on peut observer une hyperfonction de la mémoire. Les patients s'arrêtent alors sur des détails précis qu'ils retiennent au détriment de l'essentiel. En ce qui concerne la personnalité du malade, l'accès au sentiment d'un je « individuel » dirigeant l'activité propre peut exiger un travail long et intense. Bleuler parle à ce propos de « dépersonnalisation » qu'il décrit comme un sentiment de perte des limites de sa propre personne dans l'espace et le temps.

Le langage occupe aussi une dimension particulière dans la schizophrénie. Que la personne parle beaucoup ou pas du tout, la quantité et la qualité d'informations communiquées se réduisent souvent à presque rien. L'intonation est souvent inappropriée, de même que la mimique, et le langage est souvent incohérent. Sur le plan corporel, les symptômes sont très variables, allant d'anomalies du poids, de l'appétit, d'une diminution de l'instinct sexuel jusqu'au trouble des excréments et de la respiration. E. Bleuler reprend aussi à K. L. Kahlbaum la description des symptômes catatoniques : il parle de stupeur, de mutisme, de stéréotypies, de maniérismes et de certains automatismes.

La compréhension du diagnostic et de la psychopathologie de la schizophrénie a connu une progression constante depuis les définitions de Kraepelin et Bleuler. Ces deux cliniciens ont fourni plusieurs points de repères, non seulement pour l'identification des signes cliniques de cette maladie, mais également pour la compréhension des mécanismes sous-jacents aux phénomènes symptomatiques de la schizophrénie (Andreasen et al., 2000).

3.2 Nosologie

Concernant la classification de la maladie, Kurt Schneider fut le premier psychiatre à établir en 1950 une série de symptômes de la schizophrénie qu'il considère comme pathognomoniques de cette maladie (Lalonde, 1999). Nous proposons de reprendre brièvement cette liste de symptômes, pour la compléter ensuite à l'aide du DSM IV.

Délire, troubles de la pensée :

Perception délirante ou idée de référence

Délire de contrôle

Sentiment délirant d'étrangeté

Pensée imposée ou automatisme de la pensée

Vol de la pensée

Hallucinations :

Divulgateion de la pensée

Echo de la pensée

Hallucination auditive sous forme de conversation de voix entre elles, de commentaires à propos des actes du patient

Hallucination cénesthésique, expérience corporelle passive

Perturbation des sentiments, des volontés, aboutissant à des actes impulsifs et bizarres (ceci correspond au comportement grossièrement désorganisé ou catatonique décrit dans le DSM –IV).

Actuellement un symptôme positif de plus est décrit dans le DSM-IV ainsi que les symptômes négatifs :

La présence d'un discours désorganisé est un symptôme positif (c'est-à-dire, passages du coq-à-l'âne fréquents ou incohérences du discours).

Les symptômes négatifs : par exemple l'émoussement affectif, l'apologie ou la perte de la volonté.

Dans le DSM-IV, cinq critères permettent de caractériser la schizophrénie. Premièrement, on retient que les troubles se déclarent avant l'âge de 45 ans. Deuxièmement, ils ne proviennent pas d'une maladie mentale organique décelable, ni d'une psychose maniaco-dépressive. Troisièmement, le malade manifeste un des symptômes psychotiques décrits auparavant. Quatrièmement, le malade fonctionne nettement en dessous de ce dont il était capable intellectuellement, dans la vie sociale, professionnelle ou familiale. Cinquièmement, les troubles persistent pendant plus de six mois.

Le DSM-IV (APA, 1994) distingue également cinq sous-types de la schizophrénie : Le type hébéphrénique ou désorganisé, qui désigne l'état morbide, mélancolique, narcissique ou confusionnel, dont souffre le patient. Dans cette forme, l'affect est très discordant (aplati ou inapproprié), le discours est désorganisé, fragmenté, incohérent, stéréotypé.

Le type catatonique, qui fait référence à un comportement de type cataleptique ou stéréotypé. Le patient étant souvent enfermé dans un mutisme.

Le type paranoïde, qui est la forme la plus fréquente. Les patients présentent souvent des idées envahissantes à contenu de persécution, de référence ou de grandeur et des hallucinations auditives menaçantes ou mandatoires.

Le type indifférencié, utilisé lorsque les symptômes psychotiques aigus, pourtant évidents, ne permettent pas de préciser l'une des formes précédentes.

Le type résiduel, désignant la forme évolutive de la schizophrénie ; se manifestant après que les symptômes aigus se sont résorbés et une fois que les symptômes négatifs dominent.

La schizophrénie est considérée comme un trouble psychotique, qui englobe un large éventail de pathologies mentales, comme par exemple les troubles schizophréniforme, délirant ou schizo-affectif entre autres décrits dans le DSM-IV. Selon Bourgeois (1999), on peut identifier trois niveaux – selon l'étroitesse ou la largeur de la définition – pour l'adjectif « psychotique » ; le premier représentant une conception étroite, décrit l'existence d'idées délirantes ou d'hallucinations prononcées. Le second représentant une définition moins restrictive, décrit les hallucinations avec conscience du caractère hallucinatoire de l'expérience. Le troisième niveau représentant une définition plus large, décrit les symptômes positifs de la schizophrénie comme le discours et le comportement grossièrement désorganisés ou catatoniques.

3.3 Repères épidémiologiques

La schizophrénie est une affection relativement fréquente. Sa prévalence est habituellement estimée de 1,4 à 4,6/1000. Le risque que court un sujet de développer une schizophrénie à un moment donné de sa vie est estimé à 1% (Westermeyer et Harrow, 1988, cité par Le Clercq & Peuskens, 2000). Le premier épisode psychotique apparaît habituellement entre 20 et 35 ans, l'installation avant l'adolescence étant rare. Il survient un peu plus tôt chez les hommes que chez les femmes. Le début plus précoce chez les hommes peut expliquer l'évolution plus morbide de leur schizophrénie comparativement aux femmes. Les recherches montrent par ailleurs que les hommes sont hospitalisés plus longtemps et plus souvent que les femmes. Une prévalence supérieure semble exister dans les classes sociales inférieures, due au fait que les patients glissent vers un niveau social précaire à cause de la maladie (Le Clercq & Peuskens, 2000). Selon Lalonde (1999), les personnes schizophrènes ne sont pas nées avec un désavantage social : le début précoce de la maladie mène à une stagnation sociale, tandis qu'un début plus tardif entraîne un déclin social. Au plan social, les personnes souffrant de schizophrénie sont souvent isolées, avec

un réseau relationnel très restreint. La plupart de ces personnes ne se marient pas. Un grand nombre d'entre elles, ne peuvent pas non plus achever leur scolarité et sont incapables de garder un emploi de façon stable. Cela peut être dû au vécu délirant, mais plus souvent encore, aux symptômes négatifs et au handicap neurocognitif. La plupart des études de l'évolution et du devenir de la schizophrénie suggère que l'évolution peut être variable, certains sujets présentant des exacerbations et des rémissions, alors que d'autres restent malades de façon chronique. Une rémission complète – c'est-à-dire un retour complet à un fonctionnement prémorbide – n'est pas courante dans ce trouble. Certains sujets semblent avoir une évolution relativement stable de la schizophrénie, alors que d'autres présentent une aggravation progressive associée à une incapacité sévère. Les facteurs associés à une évolution défavorable de la maladie sont : un début précoce et progressif de la maladie, une mauvaise adaptation sociale et scolaire, la présence de symptômes négatifs, la prise de substances (telles que le cannabis), un long délai entre l'installation des troubles et le début du traitement qui engendre une récupération plus lente du premier épisode (Bourgeois, 1999).

3.4 Classification : Une catégorisation de la schizophrénie encore actuelle

Les formes cliniques classiques de la schizophrénie ont été conservées depuis Kraepelin et Bleuler. Le DSM-IV en distingue encore d'autres. Le DSM-IV, qui sert de référence encore actuellement jusqu'à l'avènement du DSM-V qui devrait sortir dans une année, en distingue encore d'autres. Cependant nous ne retracerons pas en détails toute la sémiologie, puisque l'essentiel est de prendre conscience de la diversité et de la complexité du champ de la schizophrénie.

Comme mentionné précédemment, classiquement il y a quatre formes cliniques de la schizophrénie : la forme paranoïde, la forme catatonique, la forme hébéphrénique et la forme simple. (Bourgeois, 1999).

Le type paranoïde, est caractérisé par la présence d'hallucinations, d'idées délirantes (de persécution, de mégalomanie, de jalousie, d'idées mystiques ou somatiques...). La plupart du temps, ces hallucinations ou idées délirantes sont organisées autour d'un thème relativement cohérent. Ce type de schizophrénie se manifeste chez des personnes plus âgées que les autres types. Dans le DSM IV, on apprend que les personnes

manifestant le type paranoïde, présentent peu d'altérations aux tests neurologiques ou cognitifs.

Le type catatonique, est caractérisé par des troubles psychomoteurs, allant de l'immobilité motrice (stupeur, mutisme, raideur ou catalepsie) jusqu'à l'activité motrice excessive (échopraxie, écholalie).

Le type hébéphrénique – ou « désorganisé » dans le DSM IV – touche particulièrement des personnes jeunes et se manifeste par un comportement et un discours désorganisé, accompagné d'un affect inapproprié ou émoussé. Cet ensemble de symptômes empêche la personne de répondre aux exigences de la vie quotidienne. On peut relever aussi que lorsque des hallucinations ou idées délirantes sont présentes, elles ne suivent généralement pas une cohérence saisissable pour l'entourage du sujet. Le DSM IV précise que l'on a tendance à relever une certaine altération des performances à des tests neurologiques et cognitifs (APA, 1994).

Les personnes souffrant de la schizophrénie de type simple se distinguent par un comportement marginal socialement. Parmi les révolutionnaires et réformateurs se disant philosophes, artistes, peintres, écrivains, on retrouve un certain nombre de personnes souffrant de ce type de schizophrénie. Dans beaucoup de cas, la schizophrénie est en quelque sorte latente et s'exprime par une certaine vulnérabilité aux influences externes et internes. Certains de ces sujets se montrent irritables, colériques, lunatiques, solitaires. On retrouve ces caractéristiques dans la catégorie des « troubles de la personnalité schizotypique » ou « schizoïde » du DSM-IV (Roudinesco et Plon, 1997).

3.5 Psychopathogénèse de la schizophrénie

3.5.1 Le modèle bio-psycho-social

Pour la recherche des causes et de l'évolution de la schizophrénie, il a souvent été fait appel au modèle bio-psycho-social (Nuechterlein et Dawson, 1984, cités par Lalonde, op. cit., p. 247), qui permet de réunir les différentes facettes biologiques, psychologiques et sociales en interaction dans la maladie psychique. Décrivons brièvement ce modèle.

Selon le modèle bio-psycho-social, les maladies mentales ne peuvent s'expliquer par une cause unique, mais plutôt par une interaction de paradigmes biologiques (facteurs génétiques, facteurs pré- et périnataux, substrat neuroanatomique et neurotransmission), psychologiques (émotion, cognition et comportement) et sociaux (niveau socio-économique, stabilité familiale, modèles éducatifs, travail/chômage), d'importance variable qui interagissent les uns avec les autres pour provoquer l'apparition et la rechute de cette maladie mentale complexe. Le modèle de vulnérabilité-stress de la schizophrénie (Lalonde et al., 1999) propose une étiologie bio-psycho-sociale : certains individus présentent une vulnérabilité neuropsychologique qui les rend plus sensibles aux stressseurs socio-environnementaux. Cette fragilité cérébrale spécifique associée à des facteurs de stress risque de déclencher une schizophrénie. Puis, selon une causalité circulaire, l'individu affaibli par sa maladie vit alors des symptômes résiduels qui le rendent encore plus sensible aux facteurs susceptibles de déclencher des rechutes.

La vulnérabilité neuropsychologique présente plusieurs facettes : découlant d'une prédisposition génétique, anomalies du cerveau (hypofrontalité, anomalies limbiques, anomalies temporales), dysfonctionnement des neurotransmetteurs (dopamine et sérotonine) et déficit des fonctions cognitives (attention, perception, mémoire et traitement de l'information). Cette vulnérabilité neuropsychologique diminue la capacité d'adaptation aux évènements de vie stressants qui, s'ils s'accumulent, entraînent des décompensations.

Les stressseurs socio-environnementaux regroupent la consommation d'alcool et de drogues, pression de performance dans le travail ou les études, un soutien social insuffisant et un environnement familial caractérisé par une attitude envahissante, des commentaires critiques ou de l'hostilité envers l'individu. Ces stressseurs socio-environnementaux surchargent un système psychique rendu fragile par un dysfonctionnement cérébral. Le traitement requiert une médication antipsychotique qui conditionne l'efficacité des thérapies adjuvantes, des interventions auprès du patient visant à l'aider à développer des

stratégies pour faire face à la maladie et un soutien à la famille, ainsi qu'une réinsertion sociale en tenant compte du handicap. Ces trois volets du traitement permettent de diminuer les rechutes et d'améliorer le fonctionnement social.

Ce modèle est intéressant dans la mesure où il montre combien les facteurs étiologiques de la schizophrénie sont pluriels et interagissent ensemble pour mener à un processus morbide. Mais dans l'optique d'étudier l'attachement dans la psychose nous souhaitons examiner plus attentivement comment certains grands spécialistes, chercheurs et cliniciens ont décrit les processus psychologiques dans le développement de la psychose.

3.5.2 Une vulnérabilité psychique précoce dans le développement de la schizophrénie

3.5.2.1 Schizoïdie et schizophrénie

La plupart des cliniciens et des chercheurs impliqués dans le domaine de la schizophrénie, estiment qu'elle correspond à un processus développemental épigénétique. Les cliniciens Bleuler et Jung avaient esquissé ce modèle en 1908, que Minkowski a explicitement formulé une vingtaine d'années plus tard. Il explique qu'avec les notions de *démence précoce* (Kraepelin) et de *schizophrénie* (Bleuler), on pouvait penser qu'un processus morbide clairement défini s'introduisait dans la personnalité saine et y poursuivait alors son évolution destructrice. Tous les symptômes pouvaient alors être expliqués par la présence de ce processus morbide. L'étude de l'attachement visera la recherche de processus psychiques prémorbides en lien avec les expériences relationnelles précoces et leur articulation dans la construction affective et identitaire chez des personnes présentant une schizophrénie à l'âge adulte. Nous proposons ainsi de reprendre les écrits de Minkowski, qui au contraire, met l'accent sur le terrain psychique dans lequel s'implante la pathologie. D'après lui, les caractères essentiels de la psychose s'y trouvent préformés. Ils sont à comprendre comme une exagération du caractère normal.

Selon lui, «La notion de schizophrénie, en tant que maladie mentale, tend maintenant à se décomposer en deux facteurs d'ordres différents : c'est premièrement la *schizoïdie*, facteur constitutionnel, spécifique par excellence, plus ou moins invariable par lui-même au cours de la vie individuelle ; et deuxièmement, un facteur nocif, de nature évolutive, susceptible de déterminer un processus morbide mental. Ce facteur n'a pas, par lui-même, de teinte bien définie, il est de nature plus indifférente et le tableau qu'il

donnera dépendra avant tout du terrain sur lequel il agira. Joint à la schizoïdie, il la transformera en *processus morbide spécifique*, en *schizophrénie* qui évoluera et mènera, en fin de compte à un état déficitaire, caractéristique de cette affection » (Minkowski, 1927 (2002), p.75).

Cette analyse montre que la schizophrénie se comporte comme un caractère dihybride qui, pour se développer, implique l'existence de deux éléments germinatifs différents et nécessaires. Dans ce même ouvrage consacré à la schizophrénie, il évoque la pertinence de ce modèle pour l'interprétation biologique des modes de transmission héréditaire des phénomènes mentaux étudiés, tout en mettant l'accent sur de nouvelles questions. La schizophrénie n'apparaît désormais plus comme le seul mode d'activation morbide du terrain schizoïde. Par exemple dans la paralysie générale, il arrive qu'on trouve des symptômes schizophréniques tels que la catatonie. D'après Minkowski, il serait alors intéressant de vérifier s'il existe des antécédents personnels ou familiaux chez ces personnes malades – antécédents qui indiqueraient l'existence d'un facteur « schizoïde ». La présence de ce dernier expliquerait alors en partie l'apparition de ces symptômes particuliers. Il entraînerait alors ces symptômes, par exemple sous l'influence activante de la paralysie générale. Cependant, certaines observations cliniques semblent mettre l'accent sur les limites de ce modèle, en rappelant qu'on ne constate pas chez toutes les personnes souffrant de schizophrénie une constitution schizoïde. Ainsi la schizophrénie paraît parfois aussi se développer sur un terrain qui ne relève pas de la schizoïdie.

Les définitions des concepts de *schizoïdie* et de *schizophrénie* se distinguent très clairement, en se présentant l'un comme un facteur constitutionnel et donc relativement immuable chez le même individu et l'autre comme une maladie qui tend à progresser, précisément là où les défenses du psychisme n'arrivent pas à lui faire face. Cependant, dans la pratique, les choses se compliquent car tout individu évolue au cours de sa vie et se transforme. Selon Minkowski, même si l'on peut admettre que le comportement d'un individu reste relativement fidèle à lui-même dans ses grandes lignes au cours de sa vie, des changements non négligeables peuvent s'y produire. Certaines périodes de la vie sont particulièrement agissantes, tant au niveau biologique que psychologique, comme la période de la puberté et de la construction identitaire au cours de l'adolescence ou encore la vieillesse. Au cours de ces périodes, des crises et des transformations importantes ont lieu, qui laissent des traces profondes dans l'individu tout entier. Cela concerne autant la personne schizoïde que toute autre personne. Cependant, chez la personne schizoïde, même si des aspects psychologiques et biologiques varient à différents moments de sa vie, elle

gardera une personnalité schizoïde qui évoluera avec elle. Kretschmer parle alors d'un *déplacement de la proportion psychoesthésique*. Ce déplacement ou changement qui s'opère évoluerait dans le sens d'une accentuation anesthésique des affects et de leurs manifestations. Il faut donc relativiser le caractère immuable de la schizoïdie, pour la resituer dans le contexte plus large de l'évolution individuelle au cours de la vie, en montrant que les changements qui s'opèrent dans la schizoïdie n'ont rien de pathologique, mais ont la même étendue que les modifications qui se produisent avec l'âge chez tout être humain. Dans l'idée que la pratique vient toujours compliquer les données théoriques, Minkowski souligne qu'il est parfois difficile, lors de certaines manifestations psychiques et comportementales, de savoir s'il faut parler uniquement d'un déplacement de la proportion psychoesthésique ou d'une véritable poussée schizophrénique. Cela est particulièrement vrai en présence d'une anesthésie affective notable, lors d'une crise importante par exemple durant l'adolescence. On pourrait alors aussi se demander si des adultes qualifiés de schizoïdes, parce qu'ils manifestent une anomalie de caractère, ne portent pas en réalité des séquelles d'une poussée antérieure de schizophrénie. Il semble très difficile de séparer d'un point de vue psychologique, ce qui entre dans le champ des psychoses et ce qui relève de la schizoïdie non psychotique. Ainsi, il peut paraître approprié de relativiser cette distinction nette entre schizoïdie et schizophrénie, en considérant le tout sur un continuum, où il est impossible de placer une séparation précise (Minkowski, 1927 (2002)).

3.5.2.2 *Vulnérabilité prémorbide*

Nous retiendrons de ce modèle particulier, que la schizophrénie se développe chez des individus présentant une certaine vulnérabilité. Il existe un consensus autour de l'idée qu'une certaine vulnérabilité se forme relativement tôt dans le développement de l'individu. Différentes recherches ont permis de montrer qu'il existe des caractéristiques prémorbides qui peuvent être considérées comme des prédicteurs subtils de cette vulnérabilité. Le psychiatre lausannois Pierre Bovet, dans un article rédigé avec le psychiatre et professeur danois de l'Université de Copenhague Josef Parnas écrit que, jusqu'à la fin des années 1960, toutes les études cliniques sur les caractéristiques prémorbides étaient rétrospectives, (Offord & Cross, 1969) ce qui les rend peu fiables. Des

études plus récentes s'appuient en revanche sur des collectes de données durant l'enfance des personnes, avant leur premier épisode schizophrène (Watt, 1972, 1978 ; Hartmann et al. 1984). Elles montrent qu'aucune anomalie comportementale flagrante n'a pu être identifiée chez les individus avant leur premier épisode schizophrène. Cependant, différentes marques d'anomalies ont pu être relevées dans divers domaines comportementaux. Il est possible que ces différentes marques ne soient que la manifestation d'une même vulnérabilité sous-jacente qui devient visible dans un ou plusieurs domaines comportementaux, selon le cas (Hartmann et al. 1984). D'après Josef Parnas, cette vulnérabilité peut être comprise comme une disharmonie dans l'adaptation de l'individu à son environnement (Bovet & Parnas, 1993).

A en croire Minkowski, l'être humain sain, vibre dans le fond de son être avec l'ambiance, il ne perd jamais le contact avec elle. En d'autres termes, l'individu se construit toujours en s'adaptant à la mouvance de l'ambiance, dans laquelle il se projette, à laquelle il s'oppose, et avec laquelle il cherche continuellement à se confondre. Approcher la vulnérabilité comme une disharmonie dans l'adaptation de l'être humain à son environnement, s'inscrit dans la pensée de Bleuler, lorsqu'il développe le concept d'*autisme*. Nous proposons d'approcher la question du rapport de l'individu à son environnement en commençant par reprendre l'analogie que fait Minkowski entre l'apparence incohérente du rêve, qui cache un contenu de sens cohérent, et celle de la parole des schizophrènes. Il pose ainsi le problème du contenu de la psychose, en rapprochant rêve et folie.

Minkowski rappelle que Freud, distinguait *le contenu manifeste du rêve* et son *contenu latent*. D'après ce dernier, le rêve apparaît absurde et incohérent, comme un vagabondage de la pensée, tant qu'on se situe au niveau de son contenu manifeste. Le contenu latent du rêve est fait de tendances et de désirs refoulés. A ses yeux, le rêve n'est pas simplement absurde, mais il a un sens précis et s'intègre à la vie du rêveur. Le tout est de savoir le déchiffrer. Pour Freud, le rêve prend ainsi la forme singulière d'un vagabondage de la pensée parce que s'y expriment les désirs refoulés qui apparaissent inavouables à l'état de veille. Cependant, la censure continue à exercer sa fonction de surveillance durant le sommeil ; c'est pourquoi les désirs refoulés n'y apparaissent jamais de façon nette et explicite, mais toujours de façon masquée, sous forme de symboles, d'analogies vagues, de substitutions de personnes et de lieux.

Contrairement à Freud, certains psychanalystes refusent de voir dans les rêves l'expression de désirs refoulés. Jung, par exemple, comprend le rêve comme la manifestation d'une activité psychique créatrice. Il interprète l'aspect symbolique du rêve par l'expression d'une tendance en voie de formation, qui n'est pas encore assez mûre et manque encore de précision pour adopter la forme de la pensée discursive. On retrouve dans les deux points de vue, l'idée qu'on se trouve devant une manifestation psychique paraissant de prime abord incohérente et incompréhensible, mais qui en réalité a un sens profond dans la vie de la personne.

Minkowski s'interroge sur un possible rapprochement entre l'apparence incohérente du rêve et celle de la parole des schizophrènes. Le rêve et le délire peuvent être compris comme l'expression de tendances et de désirs réels de l'être humain selon un mode qui leur est propre puisqu'il apparaît incompréhensible depuis l'extérieur. Ces désirs apparaissent cependant aussi comme admissibles à partir du moment où ils ne s'adressent à personne et s'écartent de l'activité pragmatique. Ce que le rêve et la folie semblent avoir en commun est le fait qu'ils ne cherchent pas à s'intégrer « d'une façon adéquate, à la réalité ambiante » (Minkowski, 1927 (2002), p.157)) et se construisent ainsi leur propre langage. Chercher à saisir le contenu de la psychose reviendrait à entreprendre des tentatives de déchiffrement des manifestations incohérentes en essayant de les ramener aux *complexes* du patient, c'est-à-dire aux événements à lourdes charges affectives du passé de celui-ci. La notion de *contenu de la psychose* n'implique cependant pas nécessairement l'idée que le contenu soit la cause de la psychose, ni même qu'il ait activement participé à la genèse du trouble.

Pour en revenir à cette analogie entre rêve et folie, nous pouvons retenir que l'être qui rêve dort, et que son état de sommeil suspend pour un moment l'orientation de son psychisme vers la réalité ambiante. En revanche, la personne souffrant de schizophrénie n'est pas en état de sommeil, lorsque sa vie psychique s'exprime sur ce mode symbolique. Pour Minkowski, il faut alors s'interroger sur la nature de ce mécanisme psychique qui permet à la pensée d'opérer cette rupture avec la réalité ambiante, qui organise le rêve et probablement aussi la pensée psychotique (Minkowski, 1927 (2002)). Minkowski cite Bleuler dans son traité, lorsqu'il dit de ce dernier qu'il appelle *autisme*, « ce détachement de la réalité, accompagné d'une prédominance relative ou absolue de la vie intérieure. Dans les cas les plus légers, la réalité a perdu seulement de sa portée affective et logique. Les malades se meuvent encore dans le monde extérieur, mais ni l'évidence, ni la logique n'ont de prise sur leurs désirs ou sur leur délire. Tout ce qui est en contradiction avec les

complexes n'existe simplement pas, ni pour la pensée, ni pour l'affectivité » (Minkowski, 1927 (2002), p.165-166). Nous comprenons ainsi que le sens de la réalité ne fait pas complètement défaut dans la schizophrénie, cette rupture à la réalité ne s'opère qu'en présence d'évènements et d'expériences qui viendraient contredire les complexes de la personne schizophrène. L'attitude autistique dans la schizophrénie n'est donc pas nécessairement saisissable immédiatement. Une interaction plus longue avec une personne schizophrène permettra probablement de s'apercevoir qu'il y a un effort constant chez elle, visant à ne pas laisser entrer dans son univers l'ambiance extérieure. Minkowski nous dit que même les patients très gravement malades, à un stade assez avancé de la pathologie, peuvent sembler avoir un bon contact à la réalité là où il s'agit d'évènements et d'expériences leurs paraissant indifférents. Cependant en ce qui concerne leurs complexes, ils semblent les garder pour eux, en évitant d'en parler et en contournant tout ce qui dans le monde environnant se rapporte à eux. Cette fuite dans un monde privé peut aussi être au départ une attitude intentionnelle de la part d'une personne souffrant d'une affectivité vécue comme trop intense. La personne se retire ainsi pour ne pas être confrontée à des causes d'émotions. Cette attitude indifférente au monde extérieur peut aussi être un phénomène secondaire, résultant d'une hypersensibilité émotionnelle, que Minkowski appelle l'*affectivité autistique*.

En comparant la schizophrénie à un rêve à l'état éveillé, toutes les manifestations dans la vie des patients apparaissent comme étant le produit de leur imagination et de leurs complexes, qui n'existent que dans le monde intérieur. De plus en plus absorbés par ceux-ci, ils se retrouvent souvent à extérioriser des comportements bizarres, contradictoires et incompréhensibles pour les autres. Minkowski estime qu'il est important de préciser que ce retrait dans un monde privé n'est pas une attitude volontaire, mais le résultat d'une maladie qui empêche les personnes de faire autrement. Aussi, ces personnes souffrantes ne sont pas toutes des êtres repliés sur eux-mêmes et plongés dans leurs rêveries. Beaucoup d'entre elles sont actives, mais leur activité porte une dimension profondément morbide sans qu'elle soit nécessairement l'expression de complexes cachés. On pourrait énumérer tout un ensemble de facultés psychiques qui restent intactes dans la psychose, or les notions cliniques cherchent avant tout à décrire le déficit spécifique du trouble. Cependant, les dimensions de l'intact, de l'humain et du riche ont été négligées dans la théorie, où la schizophrénie a souvent d'emblée été assimilée à la passivité, à l'intériorisation et à la rêverie.

3.5.2.3 *Autisme riche et autisme pauvre*

Minkowski fait la différence entre deux types d'autisme. Il suggère de les appeler d'une part l'*autisme riche* et d'autre part l'*autisme pauvre*. L'autisme riche concerne ce qui peut être associé au rêve. On y retrouve l'idée d'une constitution d'un monde imaginaire, où les complexes jouent un rôle essentiel. Ces derniers déterminent les symptômes et réactions des personnes souffrant de schizophrénie. Cette tendance à la rêverie serait présente relativement tôt dans la vie de ces personnes avant leur premier épisode. Certains sont plus rêveurs que d'autres, tous ne se détournent pas non plus entièrement de la réalité pour se réfugier dans un monde imaginaire. D'autres encore se livrent à une activité ininterrompue de façon profondément morbide. C'est ici que s'opère cette rupture avec la réalité ambiante. On parlera alors d'autisme pauvre. L'autisme riche, se rapporte ainsi à tout ce qu'il y a d'intact, de vivant dans la personnalité morbide. L'autisme pauvre au contraire, se rapporte au côté déficitaire de la pathologie que les notions cliniques cherchent à décrire. L'autisme pauvre met l'accent sur le trouble schizophrénique à l'état pur, sans prendre en compte les forces vives qu'il épargne dans le psychisme ou encore les mécanismes de compensation visant à combler le déficit creusé par le trouble primitif (Minkowski, 1927 (2002)).

3.5.2.4 *La perte du contact avec la réalité*

Bleuler cherchait particulièrement à décrire les symptômes cardinaux de la schizophrénie, qui se rapportent à l'idéation, à l'affectivité et aux volitions de la personne malade. En même temps, avec la notion d'*autisme*, il commence à accorder une certaine importance aux facteurs se rapportant aux relations avec l'ambiance (Bleuler, 1926). Toutes les descriptions de cette dysharmonie de l'individu dans son adaptation à l'ambiance, convergent, selon Minkowski, autour de la notion de *la perte du contact vital avec la réalité* (Minkowski, 1926). Cette perte se rapporte davantage aux facteurs irrationnels de la vie. Les concepts employés habituellement en psychologie et en physiologie, tels que, par exemple, le réflexe, l'excitation ou la sensation, ne permettent aucunement de s'approcher de cette idée. Les personnes souffrant de schizophrénie perdent le contact vital avec la réalité, sans que ni leur mémoire, ni leur appareil sensitivo-moteur, ni leur intelligence soient altérés de quelque façon que ce soit. Minkowski nous dit que

« Le contact vital avec la réalité vise bien davantage le fond même, l'essence de la personnalité vivante, dans ses rapports avec l'ambiance » (Minkowski, 1927 (2002), p. 106). Cette ambiance n'est pas à comprendre comme l'ensemble de stimulants externes, mais comme « ce flot mouvant qui nous enveloppe de toutes parts et qui constitue le milieu sans lequel nous ne ? saurions vivre. Les évènements en émergent comme des îlots, ils viennent ébranler les fibres les plus intimes de notre personnalité, la pénètrent. Et celle-ci de nouveau les fait siens, vibre (...) à l'unisson avec eux, s'en pénètre à son tour et, en y joignant les facteurs dont se compose sa vie intime, réagit d'une façon personnelle, (...) par des sentiments, par des rires, des larmes, qui viennent se poser sur les flots du devenir ambiant, s'y perdent comme une goutte d'eau, s'en vont vers l'infini qui nous échappe » (Minkowski, 1927 (2002), p.107). Nous comprenons ainsi comment s'établit cette harmonie entre nous et la réalité, en nous permettant de participer à l'évolution du monde, en y intégrant notre propre vie.

Bleuler, avec la notion d'autisme, avait introduit l'intervention de facteurs liés à la relation de l'individu à l'ambiance, mais n'a pas fait de cette perte du contact avec la réalité le trouble générateur de la schizophrénie dont découleraient tous les autres. C'est avec Minkowski que le contact vital avec la réalité devient un facteur régulateur essentiel de la vie, auquel sont subordonnées les autres fonctions psychiques. C'est donc à partir de cette perte qu'il serait possible d'envisager de façon uniforme tous les symptômes cardinaux (Minkowski, 1927 (2002)).

3.5.3 Le modèle psychopathologique psychanalytique de la psychose

Comme mentionné dans la partie introductive, l'un des objectifs de cette thèse est d'étudier l'attachement dans la psychose. Or la théorie d'attachement comme nous le verrons plus loin trouve ses origines entre autres dans les courants psychanalytiques Kleinien qui eux, trouvaient leurs origines dans le courant psychanalytique principal Freudien. Ainsi, toujours dans la tentative d'examiner les dimensions psychiques du développement de la psychose, nous proposons de rappeler brièvement quelques notions centrales de la théorie psychanalytique freudienne des psychoses. Cela tout particulièrement dans la mesure où il s'agit du premier courant à avoir pensé un modèle psychopathologique de la psychose et de la relation aux patients psychotiques.

3.5.3.1 *L'explication psychanalytique freudienne de la psychose*

L'étape majeure de la pensée psychanalytique sur les psychoses est la théorie Freudienne des psychoses, que le fondateur de la psychanalyse élaborera à partir de l'étude d'un texte intitulé « Mémoires d'un névropathe » de Daniel-Paul Schreber paru en 1903. Freud qualifiait les psychoses de *névroses narcissiques*, un terme qui recouvre ceux de schizophrénie, de paraphrénie et de paranoïa. En 1911, il publie son étude dans « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : le président Schreber ». Monsieur Schreber avait été interné pour la première fois en 1885 alors qu'il souffrait d'hypocondrie. Il se retrouvait alors entre les mains du Professeur Flechsig, pour qui il éprouva une grande admiration. En 1894, suite à une deuxième crise, il fut de nouveau interné à l'asile de Sonnenstein un an après sa nomination comme président à la Cours Suprême de l'Etat de Saxe. Les symptômes de cette seconde crise ressemblaient à ceux de la première, il souffrait d'insomnies, de malaises cardiaques, d'un relâchement du système nerveux accompagné d'idées troublantes. Son délire se construira autour de la persuasion d'être transformé en femme par un enfantement divin débouchant sur le projet de créer une nouvelle race d'Hommes. Durant la phase initiale aiguë de la maladie, Schreber se sent assister à la fin du monde, il ressort comme seul survivant de ce monde dévasté. Par moment, il vivra cette dévastation sur son propre corps, qu'il vit comme morcelé. A un moment donné, il lira même sa propre mort dans une annonce. D'autres délires suivront, tel que le délire d'être transformé en femme, persécutée par le Professeur Flechsig qu'il considère comme responsable de sa mort et des persécutions divines à son égard.

Dans cet essai divisé en trois parties, Freud commence par une anamnèse, où il retrace l'histoire de la maladie et insiste sur le délire de Schreber. Ce dernier lui apparaît comme fondamental pour comprendre la pathologie, à savoir d'une part la croyance qu'il se transforme en femme – ce qui lui permettra d'engendrer une nouvelle génération d'Hommes – et d'autre part l'ambivalence affective entre Schreber et Dieu ainsi que la relation prenant la forme d'une alliance divine pour se défendre contre l'homosexualité. Dans la deuxième partie, il tente de comprendre les délires de Schreber en essayant de leur apporter une interprétation. Dans la troisième partie, il réalise une synthèse des deux premières afin de tenter de saisir ce qu'est la paranoïa.

Nous retiendrons essentiellement quelques idées principales de cette dernière partie. D'après Freud, la paranoïa dont souffre Schreber est en lien avec la genèse de désirs homosexuels. Ces désirs sont dans un premier temps adressés à Flechsig, qui par un phénomène de transfert représente un substitut de père ou de frère pour Schreber. Ce qui est ainsi paranoïaque dans la maladie de Schreber est le fait qu'il réagisse par un délire de persécution à un fantasme de désirs homosexuels. A partir de là, ce qui est central pour Freud dans la paranoïa, est une non-acceptation de désirs homosexuels. C'est à partir de cette idée centrale que se dégageront trois mécanismes fondamentaux. Principalement la fixation ou la régression libidinale, le refoulement et la projection. C'est à partir de ces trois mécanismes que sera approchée la schizophrénie par la suite dans l'approche psychanalytique.

Dans son développement l'individu passerait selon Freud par différents stades dans le processus d'évolution de la libido. L'un d'entre eux, est appelé le stade *narcissique*, il correspond au moment où s'opère une transition entre l'auto-érotisme et le moment où se réalise un choix objectal. L'auto-érotisme désigne la période évolutive où l'individu se prend lui-même comme objet d'amour, c'est-à-dire où ses propres zones érogènes lui procurent du plaisir et où son érotisme n'a pas besoin d'un intermédiaire ou d'un objet d'amour. Dans cette transition, avant que l'enfant puisse réaliser un choix de l'objet d'amour qui correspondra à une personne de sexe opposé qui pourra lui procurer du plaisir, la libido passe par une phase où elle se porte sur un objet semblable à l'enfant, en d'autres termes, à une personne de même sexe. Dès lors, si une fixation ou une régression intervient à ce stade, comme c'était le cas chez Schreber, selon Freud, alors apparaît à l'âge adulte une homosexualité latente ou manifeste. Le délire de type paranoïaque est alors à lire comme un moyen de défense contre cette fixation ou régression (Freud, 1911). La schizophrénie paranoïde correspondrait ainsi à la régression ou à la fixation au stade

antérieur auto-érotique. L'évolution libidinale des psychoses aurait ainsi de spécifique le fait de conduire à un réel abandon de toute relation d'objet. Une maladie qui apparaît anobjectale pour Freud, n'est donc pas accessible à la cure psychanalytique classique. Cependant, le terme « abandon » suppose l'existence antérieure d'une forme de relation objectale primitive. Avant la phase auto-érotique, le bébé vit dans un monde indifférencié de sensations, où ses pulsions sexuelles – au sens Freudien – se réalisent au travers de la pulsion d'auto-conservation qui elle, est satisfaite par le sein maternel. Ce n'est que par la suite que cette satisfaction sexuelle orale se détache de la pulsion de la faim, perd ainsi son objet et devient auto-érotique. Freud considère ainsi la psychose comme anobjectale, dans le sens où il y a une privation de la relation à l'objet (Laplanche & Pontalis, 1967).

Pour Freud, l'homosexualité prend la forme suivante : « Moi (un homme) je l'aime (lui, un homme) » (Freud, 1911 (1954), p.308). C'est à partir de là qu'il va déduire les différentes formes de paranoïa clinique. Dans le cas de figure où le sujet est contredit, cela enclenche un délire de jalousie. Dans le cas de figure où c'est le complément d'objet qui est contredit, cela mène à l'érotomanie. Or, lorsque c'est le verbe de la phrase qui est contredit, alors cela mène à un délire de persécution. Ce dernier semble transformer l'amour en haine, à travers une projection sur l'objet initialement d'amour des qualités, sentiments ou désirs que l'on n'accepte pas soi-même. Freud constate dans son analyse du cas Schreber, que s'opère toujours un retour de la libido sur le sujet lui-même. Ceci entraîne le délire de grandeur que l'on retrouve dans différentes psychoses. Chez Schreber, ce délire de grandeur s'exprime lorsqu'il s'allie avec Dieu, et que celui l'enfante pour lui permettre d'engendrer une nouvelle humanité. Selon Freud, c'est parce que la libido ne peut plus être investie par des objets, qu'elle va s'investir pleinement dans le sujet, ce qui provoque alors le délire de grandeur.

Dans la tentative de trouver un lien entre les symptômes de projections et ceux de refoulements, au moment où se joue le repli libidinal et où intervient le point de fixation ou de régression qui va engendrer une schizophrénie paranoïde ou une paranoïa, Freud décrit le refoulement en trois temps. La fixation est un mécanisme qui conduit à l'immobilisation d'une pulsion à un stade infantile. Elle correspond au détachement objectal d'un individu et au repli libidinal sur lui-même. Cette fixation demeure de façon inconsciente et détermine par la suite la forme clinique de la maladie. Le refoulement vise à maintenir une intégrité psychique en évacuant de la conscience les désirs qui ne sont pas supportables, c'est-à-dire que le sujet n'arrive pas à élaborer. Dans le cas de Schreber, il y a un refoulement des désirs homosexuels. Si le refoulement a été insuffisant, le refoulé arrive de

nouveau dans la conscience. Freud disait que : « ...cette irruption prend naissance au point où eut lieu la fixation et implique une régression de la libido jusqu'à ce point précis » (Freud, 1911, (1954), p.88). Le délire correspondrait ainsi à un retour du refoulé.

Freud se sert alors de ces explications théoriques pour parvenir à interpréter la psychose. Il comprend l'effondrement qu'il retrouve initialement chez Schreber comme lié au refoulement et ainsi à un retrait des investissements de la libido sur les objets, qui seront ensuite reportés sur le moi. C'est ainsi que sont à comprendre, selon Freud, d'abord, les sentiments de percevoir le monde dévasté, de se sentir morcelé, puis la surestimation du moi dans le délire de grandeur de Schreber. Le délire devient avec Freud, la tentative de restauration du monde, où les objets pourront de nouveau être investis. Plus la fixation et la régression est archaïque, moins les délires seront déguisés. Le délire apparaît donc comme une tentative de guérison, c'est-à-dire de faire face psychiquement aux conséquences du retrait objectal. Freud, concernant Schreber diagnostique une paranoïa, alors que Lacan (Lacan, 1966), De Waelhens (De Waelhens, 1972) et probablement d'autres encore pensent qu'il s'agit plutôt d'une schizophrénie paranoïde. Il demeure donc une certaine ambiguïté dans ces diagnostics.

3.5.3.2 *La distinction freudienne entre psychose et névrose*

Freud en élaborant son deuxième modèle de l'appareil psychique propose une distinction fondamentale entre psychose et névrose en tant qu'elles diffèrent par la structure ou l'organisation de la personnalité. Dans la névrose, le *moi* se défend par un mécanisme de refoulement d'une pulsion venant du *ça*, qui crée un conflit psychique. Dans le cas de la névrose, ce refoulement échoue et le refoulé va réapparaître dans la conscience de façon déguisée. Ce mécanisme fonctionne un peu comme un compromis entre le désir refoulé et les résistances, car le symptôme névrotique en ce sens permet aux désirs insatisfaits d'être satisfaits. La psychose cependant correspond à une perturbation entre le moi et le monde extérieur. Le moi est dominé par le monde extérieur au travers de deux voies. D'une part au travers des perceptions actuelles et d'autre part au travers des perceptions antérieures, qui ont participé à former le moi. Le refus d'une nouvelle perception entraîne un repli sur soi-même, et un retrait de tout investissement libidinal sur le monde externe. Alors, sous l'influence du *ça*, le moi crée un nouveau monde intérieur. Selon le psychanalyste Racamier, la réalité est ce qui est frustrant pour l'enfant qui, suite à des frustrations répétées, va devoir accepter la réalité et reconnaître l'existence d'un monde

extérieur (Racamier, 1962). La personne psychotique, par ce détachement du monde extérieur, semble exprimer cette frustration. On identifie deux étapes dans l'évolution de la névrose et de la psychose, selon Freud. Dans la névrose s'opère d'abord le refoulement d'une pulsion par le moi, suivie d'une réaction symptomatique à l'échec de ce refoulement. C'est cette deuxième phase qui entraîne alors une transformation du rapport à la réalité. La névrose correspond à une fuite, qui permet ainsi d'éviter une partie de la réalité insupportable pour l'équilibre psychique. Dans la psychose, le moi est d'abord arraché à la réalité, puis le psychisme dans une tentative de réinstaurer une relation à la réalité aux dépens du ça, compense cette perte en créant une nouvelle réalité dans l'expression symptomatique du délire. Dans la psychose, la réalité est ainsi dans un premier temps niée, puis reconstruite.

3.5.3.3 *Les mécanismes fondamentaux du moi*

Le psychanalyste Racamier, s'inscrivant dans la lignée de Freud, tente d'expliquer les mécanismes fondamentaux du moi, intervenant dans la schizophrénie. Parmi ceux-là, il compte entre autres le *déni*, la *projection* et l'*omnipotence inanimée*. Il existe différentes formes de déni comme par exemple le déni d'existence, de sens, de signifiante, ou encore d'altérité. Selon lui, le déni permet d'éviter la perte du réel en créant des relations d'objets et des relations à soi-même qui restent préservées. Ce qui est dénié peut, comme le refoulé, réapparaître dans la conscience mais toujours par l'intermédiaire d'un substitut. La projection est un mécanisme du moi qui lui paraît central dans la schizophrénie. Il s'agit de la projection dans la personne de quelqu'un d'autre, des désirs ou caractéristiques que l'on refuse chez soi-même. M. Klein parlait de l'*identification projective*, qui renvoie à l'identification au travers d'un mécanisme de projection. La personne schizophrène, selon Racamier, projette quelque chose d'elle-même sur autrui pour mieux le contrôler. Ceci est compris comme un mécanisme de défense permettant à la personne de préserver encore quelque chose du monde extérieur concret. Mais cette projection abolit la frontière entre l'autre et le moi et entraîne ainsi l'angoisse schizophrénique centrale qui, d'après la psychanalyse, est la peur du morcellement et de la perte de l'identité. L'*omnipotence inanimée*, selon Racamier, est conditionnée par le narcissisme, qui est à l'œuvre dans le déni de signifiante. Elle permet au patient en quelque sorte, en privant tous les objets de signifiante, de ne pas perdre le contact avec la réalité puisque ce dernier n'est plus porteur

d'une signifiante qui le désavouerait. Paradoxalement, ceci entraîne inévitablement la perte du contact avec la réalité.

Ce qu'on peut retenir du modèle de Racamier, c'est que pour lui, il existe un conflit schizophrénique originaire entre le narcissisme et l'antinarcissisme. Le narcissisme a pour but l'unité totale ou l'intégrité absolue du sujet alors que l'antinarcissisme vise à tirer le sujet hors de lui-même vers une fusion avec l'objet. Le développement du *je* – en tant que réalité d'existence plus large que le moi – se fait par l'intrication des pulsions narcissiques et antinarcissiques. Chez la personne schizophrène, on assisterait alors à une relation à l'objet qui passerait par une extinction de toute limite, rendant le sujet et l'objet interchangeables. Racamier parle alors d'un objet érotique « d'une extrême élasticité » (Racamier, 1980, p.54).

Cela entraîne la personne schizophrène dans ce qu'il appelle l'« *antædipe* » (Racamier, 1980, p.135). Il s'agit du fantasme d'exclusion du père, le sujet devenant son propre géniteur. Ce processus engage la personne schizophrène dans une existence paradoxale qui détruit les fantasmes à leur source. La personne disqualifie le moi. Ceci entraîne un paradoxe portant sur l'existence même du soi et de l'objet, « voulant de chacun d'eux ne soient qu'en étant pas » (Racamier, 1980, p.55). Ainsi – en vue de pouvoir continuer à exister en évitant une souffrance insupportable – pour la personne schizophrène, objet et sujet doivent être un. Le sujet porte par là ce qui lui est insupportable sur l'objet. Cependant, il n'y a plus d'altérité entre objet et sujet. Le moi du schizophrène est éclaté dans le monde externe. Ainsi à travers ce fantasme, le moi se vide complètement et ne peut plus réaliser ses fonctions. Le drame dans la schizophrénie est dès lors l'impossibilité d'entrer en relation avec l'objet (Racamier, 1980). Au niveau développemental, Racamier insiste sur la nécessité du maternage pour le développement de l'enfant. Il définit la mère comme le « véritable Moi du nourrisson » et précise que si l'objet maternel manque à l'enfant à un moment précis de son développement, l'enfant sera incapable de se reconnaître et de s'aimer lui-même, ce qui représente les conditions nécessaires à la mise en place d'un « moi » solide. L'enfant susceptible de développer une psychose à l'âge adulte, fait l'expérience de multiples frustrations de la part de sa mère, provenant d'un mélange de messages affectifs désorganisés, étranges, inconsistants, imprévisibles et rejetants (Bergeret, 1985 ; 1974).

Les quelques aspects du modèle psychanalytique freudien et racamiérien que nous avons présentés ne sont pas exhaustifs et ne représentent qu'une petite partie de l'approche

psychanalytique de la psychose. Ce que nous souhaitons retenir de cette brève introduction du modèle psychanalytique des psychoses paranoïdes, est le fait que la psychanalyse fut le premier courant à avoir pensé un modèle psychopathologique de la psychose et de la relation aux patients psychotiques. Freud avait développé la psychanalyse à partir de l'hystérie, qui lui avait permis de créer le modèle de la névrose avec les notions de refoulement, d'inconscient, de symptôme, de transfert, de psychosexualité, de résistance. L'ambition initiale de Freud était cependant d'arriver à rendre compte de la totalité de la psyché. La psychanalyse devait arriver à décrire tous les troubles en fonction de l'économie de l'appareil psychique. La schizophrénie a probablement enrichi la psychanalyse, dans la mesure où le modèle construit à partir de l'hystérie était difficilement applicable aux psychoses. La psychanalyse a ainsi dû passer par une remise en question pour tenter d'aller vers l'élaboration d'une nouvelle théorie spécifique aux psychoses. De son côté, le modèle psychanalytique a permis d'apporter un éclairage intéressant des troubles psychotiques, en tentant de démontrer ce qui est en jeu, notamment la perte de la réalité et l'angoisse de morcellement ou encore l'idée que le moi est dispersé dans le monde extérieur. Le narcissisme dans les mécanismes psychotiques rend le patient inaccessible par (ou indifférent à) la cure psychanalytique. Ce ne sera que dans la psychanalyse post-freudienne que la question du transfert psychotique sera abordée. C'est alors qu'on s'intéressera au langage du psychotique, ainsi qu'à la symbolisation (Vincent, 1995). Afin de pallier ces lacunes, nous proposons à présent de nous pencher sur un autre modèle qui comme nous le verrons, s'inscrit à la fois dans le modèle psychanalytique et dans l'approche phénoménologique du célèbre psychiatre Ludwig Binswanger.

3.5.4 Le modèle psychopathologique de la psychose selon Benedetti

En reprenant les grandes lignes de l'œuvre de Gaetano Benedetti, nous examinerons comment sa riche expérience de clinicien et psychothérapeute apporte un éclairage intéressant de la psychopathologie et des facteurs psychiques du développement de la psychose. Comme nous l'avons indiqué dans la partie introductive de ce travail, une recherche en psychiatrie et psychologie clinique devrait à nos yeux permettre d'enrichir la prise en charge psychothérapeutique du clinicien. Nous choisissons de nous intéresser au modèle étiologique de la psychose de Benedetti, tout particulièrement parce qu'il offre des pistes intéressantes pour la prise en charge psychothérapeutique des personnes souffrant de schizophrénie.

Toute l'œuvre de Benedetti est consacrée à l'exploration des modalités d'existence psychotiques, à la recherche, à la découverte et à la description des processus thérapeutiques. Né en 1920 à Catane, en Sicile, Gaetano Benedetti entreprend des études de médecine dans sa ville natale. Son maître à l'époque est Vito Buscaino, considéré comme le représentant le plus rigoureux et le plus éminent de l'orientation organiciste qui domine alors la psychiatrie. Cependant Benedetti partage déjà le point de vue de l'interaction des moments biologiques et psychologiques dans l'étiopathogénèse de la schizophrénie, rejoignant en cela les conceptions de Manfred Bleuler. Benedetti reconnaît devoir son goût pour la psychiatrie et la psychanalyse à son père, qui était médecin et passait lui-même beaucoup de temps avec ses patients. Il dit de son père « De lui, sans m'apercevoir, j'ai appris le fondement de la psychothérapie » (Benedetti, 1991 (1998), p11) et de sa mère, qu'il en tient sa « confiance dans l'indestructible profondeur de l'âme humaine » (Benedetti, 1991 (1998), p11). Il quitte la Sicile en 1947 pour poursuivre sa spécialisation en psychiatrie à Zurich, au Burghölzi auprès de Bleuler. Ce dernier a écrit à propos de Gaetano Benedetti : « Nous fûmes tous très touchés par son dévouement vis-à-vis des patients schizophrènes et par l'intelligence avec laquelle il saisissait la psychodynamique de leur vie. Ce qui était vraiment remarquable, c'est que l'empathie que Gaetano Benedetti montrait à l'égard de ses patients était tout à fait semblable à celle d'Eugen Bleuler, qui à l'époque imprégnait encore l'atmosphère de la clinique » (Benedetti, 1991 (1998), p. 11 dans le préface où Patrick Faugeras cite E. Bleuler). Par la suite, Benedetti complète sa formation aux Etats-Unis avec John Nathaniel Rosen en s'orientant désormais résolument vers la clinique des psychoses. Il enseigne ensuite longtemps l'hygiène mentale à l'université de Bâle. Ses recherches sur la schizophrénie l'ont amené à établir de nombreux contacts dans le champ de la psychiatrie européenne et

américaine, ainsi qu'à fonder le Symposium international sur la psychothérapie des schizophrénies avec C. Müller, psychiatre et chercheur à Lausanne. Il a aussi fondé l'Ecole de psychothérapie psychanalytique de Milan, avec le Professeur Cremerius, où sont formés encore aujourd'hui de nombreux spécialistes en psychothérapie des psychoses. Depuis 1956, Benedetti a écrit de nombreux ouvrages sur la clinique des psychoses.

Dans sa recherche d'une compréhension de la schizophrénie et dans son esquisse d'une psychothérapie des psychoses, Benedetti s'inscrit dans l'approche psychanalytique et philosophique phénoménologique. Nous avons présenté les notions principales de l'approche psychanalytique des psychoses ci-dessus. Avant de nous lancer de manière plus approfondie dans l'œuvre de Benedetti, nous proposons de brièvement introduire le lecteur aux bases de l'approche phénoménologique en psychiatrie.

3.5.4.1 *La phénoménologie en psychiatrie*

Cette approche s'intéresse fondamentalement à l'existence et au monde vécu de la personne souffrante. L'approche thérapeutique de Benedetti s'inscrit dans ce courant et renvoie particulièrement à l'œuvre de Ludwig Binswanger (1881-1966), l'un des premiers psychiatres phénoménologue et fondateur de la *Daseins Analyse*. Nous proposons ainsi d'en reprendre quelques notions centrales sous la forme d'une brève introduction.

La phénoménologie naît avec la philosophie allemande Husserlienne et Heideggérienne qui, au départ, a influencé plutôt les psychiatres germanophones, tel que Binswanger et plus tard, en France, des psychiatres comme Minkowski, puis Tatossian, Azorin et Naudin (Bourgeois, 1999). La méthode phénoménologique est l'*epoché*, un terme qui nous vient d'Husserl (1859-1938), ce qu'on appelle aussi *la réduction phénoménologique*. Comme nous l'avons vu précédemment, elle consiste en l'abandon de toute théorie préalable et de toute évidence de l'existence quotidienne. Selon Binswanger, la phénoménologie est « la science des phénomènes de la conscience » (Binswanger, 1924 (1971), p.86)). La phénoménologie cherche ainsi à décrire les objets tels qu'ils apparaissent subjectivement à l'individu. Binswanger est un des premiers à avoir amené la phénoménologie au sein de la psychiatrie. A partir de là, le symptôme ne sera plus approché en tant que tel, mais avant tout comme un phénomène tel qu'il se présente à nous et de la manière dont il ramène le psychiatre à l'histoire de l'être souffrant. Binswanger parlait à ce sujet de *l'histoire intérieure de la vie* qu'il distinguait des *fonctions vitales*. *L'histoire intérieure de la vie* renvoie à un niveau subjectif de l'être, où il s'agit de

comprendre ce qui fait sens pour la personne souffrante et de chercher à comprendre ses expériences singulières. C'est le niveau de l'anthropopathologie où il s'agit de comprendre l'Homme qui souffre. D'après Binswanger, l'intérêt se situe dans la saisie de « l'ordre historique unique des contenus de l'expérience vécue de la personne spirituelle individuelle, en tant que sorte originaire au noyau de toute expérience... » (Binswanger, 1924 (1971), p.62)). *Les fonctions vitales*, désignent le niveau de l'organisme biologique, psychologique et social perturbé par un trouble psychique précis. On se retrouve ici au niveau de l'étiologie et de la sémiologie classique. Binswanger présente ces deux niveaux distincts comme étant toujours en dialectique l'un par rapport à l'autre. Il dit qu' « il n'y a pas d'histoire de la vie sans organisme humain, et il n'y a pas d'organisme humain sans histoire de sa vie » (Binswanger, 1924 (1971), p.53)). Ceci met l'accent – en psychiatrie – sur le fait que la compréhension du trouble psychique passe par une confrontation au vécu du patient et à son histoire singulière. Binswanger cherche ainsi à décrire l'être-au-monde de l'être schizophrène. Le délire dans ce contexte ne sera plus simplement un symptôme secondaire, mais bien plus une sorte de changement dans la structure de l'existence et de l'être-au-monde. Le trouble psychique est saisi à travers la transformation de la structure de la *présence schizophrénique* (Binswanger, 1924 (1971)). Etymologiquement, présence vient de « *prae-esse* » qui signifie « être à l'avant de soi ». Le sujet doit ainsi à chaque moment revenir à lui-même, à son identité, mais aussi à la projection de celle-ci dans l'advenir, puisqu'elle n'est jamais chose finie. Selon Pringuey, psychiatre phénoménologue, les symptômes dans la schizophrénie peuvent être saisis comme l'expression de cette crainte précise de ne jamais pouvoir advenir à soi-même (Pringuey, 1997). Pour Binswanger, c'est dans ce dilemme que le soi de l'être schizophrène « perd son appui dans le monde » (Binswanger, 1957, p.43).

3.5.4.2 *La schizophrénie selon Benedetti*

Dans son ouvrage intitulé « La mort dans l'âme », l'objectif de Benedetti est avant tout de parvenir à découvrir l'expérience de la personne souffrante dans le miroir de l'expérience du thérapeute. D'après lui, ce que l'âme humaine a de particulier est qu'elle est construite selon une dimension de la communication. Ainsi en dépit des distorsions autistiques, il y a toujours des ressources, des possibilités marginales, des chemins de traverse, des expédients qui font que pour finir le message peut circuler selon la voie du dialogue.

Dans ses écrits, Benedetti cherche à rendre compréhensible le vécu propre à la schizophrénie, tout en proposant des hypothèses explicatives des mécanismes psychiques qui le sous-tendent. Nous reprendrons ainsi, tout d'abord, les thématiques se rapportant à la désintégration du moi, au travers de ce que Benedetti décrit comme le vécu d'une existence négative. Nous nous arrêterons ensuite sur le délire d'influence, l'impossibilité d'une reconnaissance entre le moi et le non-moi et l'expérience de déréalisation. Pour finir nous reprendrons la thématique concernant la difficulté du moi à s'organiser comme une structure autonome ayant une cohésion suffisante pour assimiler les représentations des objets, sans être soi-même assimilé par eux. Ces notions et concepts ne représentent qu'une tentative de découper une même réalité subjective, pour parvenir à la mettre en mots et à la rendre par là accessible pour la pensée.

3.5.4.3 *La schizophrénie comme existence négative*

Plutôt que de parler de la désintégration du moi, Benedetti propose de comprendre la schizophrénie avant tout comme une existence négative, où l'existence est réduite à la non-existence. Elle est la conséquence de la fragmentation de l'esprit. Le terme d'*existence négative* apparaît à Benedetti comme étant plus proche du vécu du patient que ne le traduisent les termes de dissociation, désorganisation, dissolution ou encore déstructuration de l'esprit.

Dans certaines familles, il existe des dimensions interactives qui ne pourraient être décrites qu'en termes de distorsions, de projections, de conflits, de quasi-communications, de transmission d'irrationalités, ou encore de pseudo-réciprocités. Benedetti parle à ce sujet d'*aires de mort*, qu'il décrit comme la formation d'espaces vides où certaines potentialités humaines ne parviennent pas à se développer. Mais aussi, où certaines

informations essentielles à la vie ont fait défaut et où certaines expériences qui structurent le moi primordial n'ont jamais eut lieu. Il s'ensuit qu'il n'y a pas de refoulement dans l'inconscient, mais une absence de structuration psychique. Ces aires de mort de la vie familiale peuvent être introjectées, de manière à ce qu'elles ne se situent plus entre les membres de la famille mais au point vital psychique de l'être psychotique. Son aire intrapsychique se remplit de trous, d'absences et finit par se déchirer. Il est possible de traiter ces phénomènes par des explications analytiques, mais ceux-là ne guérissent pas le patient. Par contre, ce qui est possible en théorie – même si cela reste difficilement réalisable en pratique – est de remplir ces zones de mort avec une substance, c'est-à-dire avec le tissu dialogique de la psychanalyse. Une des modalités de la non-existence est la totale identification de la personne schizophrène avec les images que les autres ont d'elle. Le patient perd ainsi son moi et ne vit alors plus qu'à travers la vision que les autres ont de lui. Ceci entraîne la perte de toute autonomie. En même temps, cette sortie de soi pour entrer dans l'image que les autres ont de lui signifie simultanément l'unique possibilité d'exister. La préoccupation de la personne schizophrène de « s'avoir » – au sens de s'appartenir – montre que la dichotomie humaine qui existe entre être et avoir n'existe pas pour elle. « S'avoir », ne signifie pas encore être, puisque ce vécu présuppose l'inconscience de l'acte de s'avoir soi-même. Nous réalisons ainsi que l'existence psychotique se structure selon des catégories qui se distinguent profondément de nos modes de sentir et de penser.

3.5.4.4 Le délire d'influence

L'empathie interhumaine s'appuie sur la perception immédiate, préverbale, inscrite dans la structure de la psyché de l'existence de segments communs. Une telle perception semble faire défaut dans la schizophrénie. Il existe différents concepts théoriques sur le pourquoi du manque d'empathie psychique, tels que l'idée qu'il s'agit d'un défaut de structure psychique ou encore d'une forme de défense psychodynamique. La défense pourrait provenir d'une réaction contre certaines expériences particulières post-natales liées à la rencontre avec un autre possessif et agressif, menaçant d'envahir le soi de l'enfant. Mais il pourrait aussi s'agir d'une faiblesse du moi résultant de faits constitutionnels et acquis faisant perpétuellement courir au patient le risque d'être envahi. Quelle qu'en soit la raison, selon Benedetti, la barrière autistique responsable de l'incapacité de l'identification empathique empêche surtout un type fondamental

d'expérience, constitutif de l'être humain. Il s'agit de la possibilité de demeurer soi-même tout en découvrant des fragments semblables chez l'autre. Cette auto-identité dans la dualité constitue le mode fondamental de l'être homme. Le vécu schizophrène est profondément marqué par l'angoisse de la perte de sa propre identité dans la rencontre avec l'autre. M. Mahler (1973) observait des enfants autistes se taper eux-mêmes pour pouvoir déclencher des perceptions grossières afin de vivre et percevoir leur propre corps. Des phénomènes semblables sont observés chez les patients schizophrènes adultes de Benedetti. C'est précisément l'expérience de rester soi dans la sphère d'action d'autrui qui fait défaut. Le patient schizophrène développe alors des tentatives de défense contre de telles situations psychotiques, en introduisant des significations de la causalité pseudo-rationnelle dans le monde magique, dans lequel ont lieu ces expériences de déformation de l'identité.

3.5.4.5 Participation du moi et du surmoi au processus schizophrénique

Benedetti remet profondément en question la non existence du phénomène de transfert dans la schizophrénie. D'après lui, par son incapacité d'organisation, le moi semble plutôt submergé par la masse non organisable des représentations objectales. Il décide ainsi d'abandonner l'hypothèse freudienne selon laquelle l'anormalité se situe dans la structure même de l'inconscient pour avancer l'idée qu'elle se situe au niveau du rapport entre le moi et l'inconscient. Les études sur les familles permettraient, d'après lui, de mettre en évidence le fait que le caractère contradictoire des rôles, l'irrationalité des informations, les liens émotifs complexes et pervers qui lient l'enfant à ses parents doivent passer par l'inconscient de celui-ci pour provoquer un trouble du moi. L'inconscient des parents fait partie intégrante de l'identité de l'enfant, en raison des nombreuses manipulations qu'il subit pour répondre aux besoins de ces derniers. Le refoulement est caractéristique de la névrose et sert à tenir à distance certains contenus insupportables de la conscience. Or, le moi schizophrénique étant faible, il n'est pas en mesure d'accomplir ce travail. Les contenus inconscients émergent ainsi dans la conscience sans que le moi ne soit capable de les intégrer. Ils lui apparaissent alors comme appartenant au monde extérieur qui, par là, acquiert des significations sinistres. Dans ce contexte, se produit le phénomène de dissociation qui, aux yeux de Benedetti, peut être conceptualisé comme un type de défense plus primitif que le refoulement. Cette dissociation sépare ainsi le soi partiel bon du soi partiel mauvais. Cependant ce type de défense s'écroule au moment où la

personne est portée à s'identifier à l'objet extérieur sur lequel elle avait déplacé son mauvais soi. En rassemblant l'idée de la défense et celle de l'identification, nous nous retrouvons devant une situation où le patient se défend d'une chose à laquelle il s'identifie en même temps. C'est précisément la raison pour laquelle, selon Benedetti, la personne schizophrène perçoit son délire comme omniprésent. Elle est constamment contrainte de rechercher ce qu'elle craint parce que c'est une partie de son identité. La fragmentation dans l'expérience que le moi psychotique fait de lui-même et de la réalité, met en évidence l'incapacité du moi à se percevoir comme un système cohérent auquel appartiennent toutes ses parties. Or, ces parties continuent à se former dans l'espace psychique et sont alors vécues par le moi psychotique comme des aspects du monde.

Dans la conception psychanalytique de l'école anglaise, l'*identification projective* intervient dans la schizophrénie à chaque fois que le moi psychotique s'identifie avec des objets dans lesquels il a transposé des parties mauvaises de son moi. Un processus de scission précède alors le processus d'*identification projective*, durant lequel a lieu une fragmentation psychotique des parties bonnes et mauvaises du soi, qui sont ensuite projetées sur les objets environnants. Dans la schizophrénie, ces phénomènes de projection ne peuvent pas être reconnus comme tels par la personne. Ils prennent la forme de catégories perceptibles véritables et spécifiques qui modifient tout le rapport à la réalité.

Pour Benedetti, il n'est pas nécessaire de postuler que le phénomène de projection fonctionne comme une défense face aux mauvais objets jugés intolérables à l'intérieur du moi. Il s'agit plutôt de comprendre que dans la schizophrénie, nous nous retrouvons devant une structuration différente du moi. La fragmentation dans l'expérience que le moi psychotique fait de lui-même et de la réalité, met en évidence l'incapacité du moi à se percevoir comme un système cohérent auquel appartiennent toutes ses parties. Or, ces parties continuent à se former dans l'espace psychique et sont alors vécues par le moi psychotique comme des aspects du monde. On peut ainsi comprendre, selon Benedetti, l'identification du patient avec le monde extérieur comme une alternative dialectique entre transitivity (un terme de Bleuler) et défense. Dans ce contexte le transitivity serait la conséquence de la perte des limites du moi et la défense aurait une fonction sur le plan psychodynamique de sauvegarde d'une intégrité psychique suffisante.

Toujours autour de cette thématique, Benedetti rappelle l'innovation théorique du psychiatre Tausk. D'après Benedetti, ce psychiatre aurait le mérite, en tant que pionnier, d'être allé plus loin que Freud en découvrant qu'il existe un *passage des projections* à

travers l'inconscient. Rappelons qu'une projection constitue un retour d'un vécu très ancien dans la vie d'un patient. Dans le cas précis d'un patient schizophrène, étant donné le contexte familial dans lequel il vivait, il s'agit d'un vécu où il faisait réellement l'expérience d'être persécuté par la réalité et pas seulement sur un mode paranoïde comme c'est le cas par la suite. Ainsi une réalité persécutrice a été introjectée par lui, comme toute expérience objectale de l'enfance. Cette expérience persécutrice en vient donc à faire partie du soi. Les processus d'introjection que nous venons de décrire se produisent durant la phase prépsychotique. Ce n'est que bien plus tard, avec l'éruption de la psychose, que ces objets mauvais sont restitués au monde extérieur par le délire. On peut donc dire qu'ils retournent à ce monde extérieur duquel ils proviennent après avoir fait partie du soi pendant un certain temps par le biais ou au sein de l'inconscient.

Toujours dans l'optique d'étudier la schizophrénie selon le modèle psychanalytique du psychisme, Benedetti propose une réflexion sur les rapports entre conscience et préconscient dans la schizophrénie. Depuis les écrits fondamentaux de Freud, le préconscient désigne cette somme de faits qui sont potentiellement des contenus de conscience mais qui, en raison des brefs instants qui constituent notre conscience, n'entrent pas dans son horizon. Nous savons que la conscience n'a à sa disposition qu'une quantité limitée d'informations. La sensation que nous avons tous d'un pouvoir existentiel vient du fait que notre conscience a à sa disposition latente un nombre infini d'informations. L'attention peut se déplacer comme un faisceau lumineux vers des contenus restés dans l'ombre et voici que le panorama change radicalement. C'est précisément ce panorama que l'on évoque lorsqu'on parle du préconscient. Au niveau de son économie pulsionnelle, on peut dire avec Freud que dans le préconscient il n'y a pas d'investissement libidinal du moi. Ce que Freud appelait l'investissement de la conscience correspond, en neuropsychologie, au terme anglais *arousal*, qui se réfère à l'activation aspécifique de l'attention permettant l'élaboration de faits perceptifs. Les informations ou contenus préconscients demandent un bas niveau de tonalité émotionnelle pour pouvoir rester dans l'ombre de la conscience. A partir du moment où s'associe à ces informations la présence d'un danger quelconque, se produit l'alarme ou *arousal* qui fait que la pensée consciente revient à elle. Une particularité de l'état schizophrénique réside dans le fait que l'état d'âme du patient est celui d'un homme qui vit l'expérience de l'existence toujours sur la tonalité du danger. Il vit à tout moment la dangerosité potentielle de son existence. Par exemple, en se retrouvant derrière une porte, tout peut l'attendre, même la pire monstruosité. Selon Benedetti, cela s'explique par l'extrême faiblesse du moi

schizophrène. Cette faiblesse serait la conséquence et la cause de cette constante menace qui vient de l'inconscient. La fonction principale du moi est décrite par la psychanalyse comme l'activité de médiation entre le ça (l'instance psychique régie par les pulsions) et la réalité. Le moi se retrouve ainsi bombardé d'un côté par la réalité à travers toutes les informations qui pénètrent à chaque instant – et qui normalement sont sélectionnées tout au long de leur chemin ascendant – et de l'autre côté, par le fait que des pulsions provenant du ça, demandent à être satisfaites. Toutes ces informations devraient être assimilées pour enrichir le moi. Or, elles ont le pouvoir terrible de le transformer. Selon M. S. Mahler, ce sont surtout les stimuli provenant des objets vivants qui menacent le moi. Les objets vivants ont effectivement une activité manipulatrice qui n'est pas éprouvée comme dangereuse lorsque nous nous trouvons aussi en état actif. Cependant, lorsque le moi ne parvient pas à s'organiser lui-même, toute influence provenant de l'extérieur est destructrice. C'est ce qui est subjectivement vécu comme le délire d'influence par le patient. Sa réaction est alors de se renfermer dans un monde peuplé autant qu'il se peut de choses et non de personnes.

3.5.4.6 L'identité dans la schizophrénie

La destruction du moi renvoie indirectement à la question de l'identité dans la schizophrénie. Le psychisme schizophrène, démuné de son moi, a tendance à s'en remettre à d'autres organisateurs psychiques pour remplir les fonctions ontologiques du moi. Il convient ici d'expliquer ce phénomène de façon plus précise. La déstructuration psychique qui a lieu dans la schizophrénie est différentielle, c'est-à-dire que les processus désorganisateur ne se développent pas de façon égale dans les trois instances psychanalytiques, le ça, le moi et le surmoi. La perte de structure intrapsychique a lieu avant tout au détriment du moi. La structure du surmoi semble plus résistante au processus de dissolution que la structure du moi. Il s'agit là souvent de patients dont l'instance parentale était contradictoire et irrationnelle, comme une réalité plus substantielle que leur propre moi. Ces parents représentaient la grande réalité, qui n'avait même pas à se justifier. Même si l'enfant pouvait se servir de ses cinq sens pour rencontrer la réalité environnante, celle-ci se retrouvait transformée par le pôle absorbant de l'instance parentale puis surmoïque. Dans la mesure où il est incapable d'autonomie face aux autres structures psychiques, le moi schizophrénique s'identifie facilement avec le surmoi ou l'idéal du moi. Il s'agit d'une tentative de survie psychologique et en même temps- paradoxalement, de la

renonciation à sa propre liberté. Dans le cas de figure où le moi s'identifie au surmoi, la personne ne vit plus qu'au travers de ses sentiments de culpabilité. Elle ne se rend réellement compte de son existence qu'en s'auto-accusant. Alors que dans le cas où le moi s'identifie à l'idéal du moi, le patient se surestime totalement et développe un délire où il se perçoit lui-même comme un être surhumain. Dans les deux cas il se sabote, dans la mesure où il perd sa liberté.

L'incapacité que le patient éprouve à saisir les éléments distinctifs de la réalité, semble être vécu simultanément sur le plan *externalisé*, c'est-à-dire que les objets extérieurs sont confondus, et sur le plan *endopsychique*, sous forme d'une perception subjective d'un mélange dans les pensées. Les différentes parties se désorganisent pour se réorganiser différemment. Elles se mettent en rapport entre elles, non plus selon leurs articulations habituelles, mais plutôt selon de nouveaux canaux, vécus comme des milliers de nouveaux fils. C'est à partir de ce mélange que peuvent se mettre en place de nouvelles liaisons grammaticales dans les rapports. Certains patients disent alors eux-mêmes ne plus se comprendre par l'acte d'autoréflexion. C'est uniquement dans la perception que leur partenaire a d'eux, qu'ils peuvent continuer d'exister. L'appareil perceptif du moi semble alors se substituer au sentiment du moi. Ici l'appareil de perception du moi semble répondre à la même fonction ontologique que nous avons vue être assumée plus haut par le surmoi, ou l'idéal du moi.

Ce phénomène de l'identité prendrait, selon Benedetti, des dimensions encore plus significatives dans la psychothérapie de la schizophrénie. Cette pathologie, qui se fonde sur le trouble de l'identité le plus profond que l'on puisse imaginer, semble dans la psychothérapie passer par certaines transactions entre patient et thérapeute dans lesquelles le mélange d'identités, non seulement source mais aussi dynamique de la maladie, semblent devenir source et dynamique du progrès thérapeutique. Cette symétrie n'est pas consciente pour le patient, par contre, elle le devient pour le thérapeute qui y réfléchit. Le mélange d'identités qui s'y joue est cependant perçu par l'inconscient. Benedetti suppose alors que se produit de manière positive ce qui s'était autrefois produit sur un mode négatif dans la préparation de la psychose. Comme si le même processus qui a préalablement provoqué la pathologie, mais inverse, avait pour effet de rétablir le moi et l'identité dissoute dans la psychose. Benedetti formule les éléments de façon suivante : «La confusion négative d'identité était, avant la psychothérapie une introjection d'hostilité ; la confusion positive est au contraire une communion d'intérêt » (Benedetti, 1995 (2000)).

3.5.4.7 *Une théorie de la psychothérapie des psychoses*

Dans l'optique du développement d'une réelle psychothérapie des psychoses, l'idée fondamentale de Benedetti était de dépasser le cadre classique de la thérapie psychanalytique. Ce dernier vise le déploiement d'une plus grande conscience de la part du patient, ainsi qu'un contrôle du moi plus étendu, qui rendent conscients les désirs infantiles refoulés et permettent le renoncement à ces derniers par un long travail en faveur de gratifications plus réalistes. On a vu apparaître l'idée que dans la thérapie des troubles – où la *cohésion du moi* est elle-même compromise – le principal agent curatif dans le cadre thérapeutique serait la relation thérapeutique elle-même. L'objectif du thérapeute étant de permettre la reprise du développement interrompu par des traumatismes précoces. Certains contemporains de Benedetti, comme Kohut (1973), mettent de plus en plus en avant l'importance d'une compréhension empathique du patient et de ses besoins. En thérapie, des formes archaïques de régulation d'estime de soi sont supposées se transformer en des formes plus évoluées. Cependant le mécanisme de cette transformation demeure inconnu. Certains thérapeutes partagent ainsi l'idée que quel que soit le trouble de nature psychotique ou névrotique, il s'agit d'arriver en thérapie à mettre en place un *setting* visant essentiellement à établir un climat sécurisant. Cela permettrait au patient de disposer des conditions de sécurité nécessaires dans le transfert, considéré alors non plus comme le vécu de besoins infantiles régulièrement réactualisés dans la relation avec le thérapeute, mais comme une tentative du patient d'affronter des situations archaïques de son histoire, afin de les dominer. Selon Benedetti, cette sécurité n'est aucunement suffisante dans le contexte d'une pathologie qui supprime l'utilisation de symboles, où le soi est fragmenté, où les pensées sont dilapidées et où le siège de la personne est en quelque sorte détruit. D'après lui la question centrale qui permettra d'aller vers une thérapie plus appropriée des psychoses, concerne la conceptualisation plus précise des transformations du soi psychotique au cours de la psychothérapie. Dans ses livres sur la psychothérapie des psychoses, on retrouve de nombreuses tentatives de conceptualisation de ces transformations.

3.5.4.8 *Intériorisation transformante et psychopathologie progressive*

Nous proposons à présent de reprendre quelques-unes de ces tentatives, afin d'entrer dans le monde psychothérapeutique que construit Benedetti et d'en saisir les

aspects principaux. Ce dernier reprend certaines hypothèses psychanalytiques concernant la formation des relations objectales, mais en les transformant dans le sens d'une symétrie. On retrouve le fond de cette idée dans la notion d'*intériorisation transformante* de Kohut, qui comprend l'idée que l'enfant arrive à se former des structures psychiques internes en accomplissant par lui-même certaines fonctions, qui auparavant étaient accomplies pour lui par l'*objet* avec lequel il s'identifiait. Le processus identificatoire est suivi d'une intériorisation puis de l'autonomie menant à l'indépendance par rapport à l'objet. Selon Benedetti, cela s'observe aussi à l'intérieur d'une psychothérapie avec une personne psychotique adulte. Le thérapeute ne s'y limite pas – comme dans l'analyse du patient névrosé – à proposer des modalités cognitivo-émotives au patient dans l'objectif de lui permettre d'affronter ses problèmes d'une nouvelle manière. Le thérapeute va affronter pour le patient ses problèmes à travers ses propres rêves et fantasmes en faisant appel à sa propre créativité. Le patient petit à petit va ainsi pouvoir intérioriser les processus psychiques de son thérapeute en les transformant en module de sa propre psychose.

C'est dans ce processus de transfert que Benedetti introduit la notion de *psychose structurante* ou *psychopathologie progressive* (Benedetti, 1991 (1998)). Cette notion désigne une sorte « de *réédition de la psychopathologie* » (Benedetti, 1992 (2002), p.81)), chez le patient en phase d'évolution. Une psychopathologie qui formellement est semblable à celle d'avant la thérapie, mais qui permet d'exprimer des intentions anti-psychotiques. Il s'agit d'arriver à exprimer et intégrer des contenus communicationnels authentiques qui peuvent prendre la forme d'un autisme partagé à deux. La psychopathologie devient alors un espace de communication grâce à des intentions thérapeutiques, qui prennent forme dans cet espace anormal. Benedetti en disait : « La psychopathologie devient progressive et, en tant que psychopathologie progressive, elle constitue un défi à ce milieu conservateur qui, hostile aux inadaptés, voudrait seulement les adapter en les calmant à l'aide de médicaments plutôt que de reconnaître là une ébauche de mouvement » (Benedetti, 1992 (2002), p.81)). Dans son ouvrage *La psychothérapie des psychoses comme défi existentiel*, Benedetti illustre son concept de *psychothérapie progressive* en apportant des exemples vécus avec ses propres patients schizophrènes, dont celui d'une patiente qui éprouvait des pulsions agressives à l'encontre d'elle-même et de son psychothérapeute. Celle-ci avait peint un tableau où elle avait représenté les mots de son thérapeute par des croisés ou des vikings qui la poignardaient. Le tableau, nous dit Benedetti, était extrêmement coloré. Ce tableau exprimait la situation tragique remplie d'affects dramatiques que vivait la patiente durant la psychothérapie. Elle représentait sous

la forme de guerriers ses propres pulsions négatives et les projetait sur le thérapeute aux paroles assassines. Ce qui est étonnant, c'est que la patiente désirait à tout prix continuer à entendre le thérapeute parler. Il ne s'agissait ainsi, selon Benedetti, non pas d'un transfert négatif, mais plutôt du fait que ses paroles, en lui apparaissant si agressives permettaient à la patiente de se libérer de ses sentiments de culpabilité dans la mesure où son thérapeute devenait l'objet négatif et agressif à sa place. Les pulsions émergentes du ça sont ainsi régressivement déléguées au partenaire, qui devient ainsi l'objet négatif, afin que le soi souffrant s'en libère et qu'il puisse se considérer lui-même comme une victime. Cela permet au soi souffrant en même temps d'accéder par ce biais à une identité personnelle tout en élargissant sa propre cohérence. La symétrie symbolique dont parle Benedetti est ainsi à comprendre dans un mouvement où les éléments d'un moi vécu négativement sont déplacés sur le psychothérapeute avec lequel la personne vit une relation fusionnelle, dans laquelle le patient peut se servir du thérapeute comme d'une sorte de greffe psychique. La scission psychique empêchait l'intégration intrapsychique des bons et des mauvais éléments du soi. Cette intégration peut alors se faire au travers de la personne du thérapeute. Au travers de la *psychopathologie progressive*, le thérapeute parvient à atteindre le patient et à être avec lui, de la seule façon qui soit possible. Le thérapeute, en devenant semblable à son patient, supporte son extrême agressivité et parvient à la sublimer. La patiente de Benedetti parvint ainsi à réintrojecter la part agressive de son soi, qu'elle avait prêtée à son thérapeute. L'interchangeabilité du « je » et du « tu », qui en soi sont des phénomènes psychopathologiques, prend ici une fonction de transformation qui ne pourrait avoir lieu dans un contexte purement rationnel. L'idée délirante progressive prend naissance au cours de la psychothérapie. Elle est construite dans la dynamique relationnelle qui, tout en contenant la puissance négative de la psychose, représente une possibilité d'instituer la seule chose dont le patient est capable, à savoir une dualité susceptible de rendre possible une avancée pour sortir petit à petit du monde autistique (Benedetti, 1992 (2002)).

Dans cette organisation symétrique, Benedetti décrit aussi ce que le psychanalyste Mahler comprenait comme un processus fondateur du soi de l'enfant, en prenant la forme d'un mouvement allant de l'autisme physiologique à la séparation individuante, en passant par la symbiose maternelle portante. Les successions de mouvements psychiques du patient psychotique ressemblent de près à celles ainsi décrites par Mahler chez l'enfant. Dans le cas d'une thérapie des psychoses efficace, on se retrouve au départ face à une situation

d'autisme non pas physiologique mais pathologique, pour ensuite entrer dans une phase de *symbiose thérapeutique*.

Ce processus intersubjectif qui ne se situe pas encore à un niveau interpersonnel se fonde sur un mouvement réciproque permanent. L'*intériorisation transformante* ne touche pas que le patient, il y a aussi une forme d'*intériorisation transformante* du thérapeute, qui ainsi peut positiver ce qu'il emporte de son partenaire. Le thérapeute intègre des images et des expériences de psychoses profondément au niveau de sa propre vie onirique et fantasmatique. Le patient de son côté, malgré les limites imposées par son monde autistique, aura ainsi accès à la vie psychique d'un autre et pourra intégrer ce qui lui sera transmis par l'empathie à travers la parole ou encore le dessin. C'est ce processus d'intériorisation du patient qui va lui permettre d'évoluer vers la psychopathologie progressive et qui entraînera de nouveau une *intériorisation transformante* du thérapeute. Ce dernier va ainsi pouvoir positiver ensuite ce qu'il reçoit de la part du patient. Dans le cadre du processus thérapeutique, le processus transformant que décrivait Kohut, se déploie ainsi dans une symétrie entre patient et thérapeute, entraînant l'accroissement du soi du thérapeute et une structuration du soi psychotique du patient.

Il s'agit au fond pour le thérapeute de pénétrer dans l'enfer du vécu psychotique avec son patient pour y importer sa propre force thérapeutique au travers de la transformation que subit son soi, ce qui entraînera une transformation thérapeutique dans la structure du soi du patient. Comme dans le mouvement que décrit Mahler, suit alors une phase d'individuation qui peut être comprise comme une situation de séparation psychique d'où les deux protagonistes ressortent enrichis (Benedetti, 1991 (1998)).

Tout comme Racamier, Benedetti considère que dans la psychose, le développement psycho-affectif s'est arrêté à un stade plus précoce que dans la pathologie névrotique. Il rejoint en cela la conception de la personnalité pathologique psychotique décrite par le psychanalyste Jean Bergeret dans des ouvrages plus récents qui datent des années soixante-dix. Ce dernier aborde les différentes pathologies psychiatriques que l'on peut regrouper majoritairement sous l'axe I dans le DSM IV comme des modes de décompensation de différentes structures de personnalité qu'on tendra pour la plupart à retrouver dans l'axe II du DSM IV. En ce sens, une structure de personnalité décrit davantage des traits de caractères stables lorsque la personne est en état « compensé » ou sain. Selon ce modèle, il existe essentiellement deux structures psychiques pouvant mener à des modes de décompensation psychotiques : la structure paranoïaque et la structure

schizophrénique. La structure schizophrénique étant considérée comme se situant dans la position la plus régressive du point de vue de l'évolution libidinale et du point de vue du développement du moi. Jean Bergeret cite Racamier pour illustrer la dimension relationnelle problématique marquant le développement précoce de l'enfant qui développe une structure psychotique. Toujours selon Bergeret, c'est essentiellement le climat affectif dans les interactions familiales qui détermine le développement d'une structure de personnalité. Ainsi, souvent plusieurs personnes d'une même famille ont une structure psychotique, mais seulement une seule décompense. Il s'agira alors d'investiguer les causes de la décompensation d'un membre de famille plutôt que d'un autre. Les mères de famille chez lesquelles on rencontre des structures schizophréniques sont souvent présentées comme autoritaires, surprotectrices, mais en même temps anxieuses et culpabilisées. Il ajoute alors à cela, l'idée que la relation aux enfants est marquée par une certaine frigidité affective personnelle associée au besoin pour le parent d'une dépendance totale de la part des enfants vis-à-vis d'eux. On parle même chez les mères essentiellement d'attitude symbiotique vis-à-vis des enfants. Une telle conception risque d'apparaître extrêmement culpabilisante pour les parents et plus particulièrement pour les mères de personnes souffrant de schizophrénie. Nous verrons dans la partie II de ce travail en quoi la théorie de l'attachement contribue à éclairer la manière dont une certaine construction psychique psychotique peut résulter non d'une négligence ou d'une maltraitance consciente de la part des parents mais d'un climat émotionnel ne permettant pas de répondre à certains besoins fondamentaux de l'enfant (Bergeret, 1985 ; 1974).

3.5.5 Notre propre modèle de référence de la psychopathogenèse de la psychose s'appuie sur une mosaïque théorique

Rappelons rapidement ce que nous souhaitons retenir de chacun des modèles de la psychopathogenèse de la psychose que nous avons présentés ci-dessus.

Minkowski met l'accent sur l'existence d'une certaine vulnérabilité présente de manière précoce dans le développement de la personne. Cette vulnérabilité se présente sous la forme d'un terrain psychique au sein duquel peut s'implanter la maladie à l'âge adulte. Or les caractéristiques principales de la psychose concernant selon lui le rapport à autrui et au monde seraient déjà présentes avant son développement et contribueraient à sa genèse. Ce terrain prémorbide s'exprimerait essentiellement au travers d'un effort constant de la personne pour se détourner de son environnement et ainsi éviter de ressentir des émotions trop intenses. Il suppose l'existence d'une hypersensibilité émotionnelle à

l'origine de ce déni. La rupture avec la réalité qui s'opère une fois que la maladie est développée ne concerne selon lui pas toute la réalité de la personne, mais uniquement les événements qui sont susceptibles d'activer des expériences émotionnellement chargées du passé de la personne. Il s'agirait donc d'un mécanisme de défense qui créerait progressivement une rupture avec le monde environnant. L'appauvrissement psychique résultant est ensuite comblé par la construction d'un monde imaginaire.

Pour Freud, la pathologie psychotique consiste en l'abandon de toute relation d'objet. La structure psychique psychotique a cessé son développement au stade auto-érotique. Il va plus loin que Minkowski, en affirmant que le délire n'est pas simplement la construction d'un monde imaginaire qui permet de combler un vide psychique, mais représente une réelle tentative de restaurer un univers dans lequel les objets pourront être investis. Dès lors le délire a une fonction psychique précise qui est celle de répondre à une forme de nécessité humaine de pouvoir faire l'expérience de relations objectales. Racamier – qui s'inscrit dans la lignée freudienne, contrairement à Minkowski – ne parle pas d'hypersensibilité émotionnelle mais met le détournement de l'autre en lien avec le vécu répétitif de frustrations durant l'enfance. Tout comme l'indiquait Minkowski et plus tard Freud, suite à cette isolation le psychisme tente de reconstruire un univers imaginaire. Selon Racamier, il réalise cela en utilisant le monde environnant pour projeter sur lui ce qu'il ne peut supporter comme faisant partie de lui-même. Cela abolit progressivement les frontières entre le moi et le non moi. Petit à petit, le moi va alors s'éclater dans le monde externe. Freud et Racamier considèrent qu'une structure psychique anobjectale n'est pas accessible à la cure analytique.

Benedetti, en plongeant dans les méandres bouleversants de l'univers psychotique de ses patients, propose alors des pistes pour le travail psychothérapeutique. Il pense qu'il est essentiel d'établir un lien avec la personne sur le seul mode possible en fonction de son niveau développemental. En théorie, il s'agit de retourner à la symbiose maternelle en affrontant les difficultés du patient à sa place pour lui permettre d'évoluer progressivement vers une individuation. Le magma psychique qui se crée alors entre patient et thérapeute est pensé comme un mode relationnel archaïque, en soi pathologique, mais ici rendu thérapeutique. Même si l'opérationnalité de son approche psychothérapeutique des psychoses est discutable, il ressort de la pensée de Benedetti que l'âme humaine aussi psychotique est construite selon une dynamique de la communication. Dès lors il est imaginable d'établir une forme de lien, même si cela peut impliquer le recours à une grande créativité de la part du psychothérapeute.

Un autre point central que Benedetti met en évidence au travers de sa riche expérience de clinicien est que selon lui, les potentialités humaines permettant l'établissement d'une relation n'ont pas pu être développées chez les personnes souffrant de psychose en raison de modes communicationnels et relationnels précoces extrêmement dysfonctionnels. Cela ajoute une nouvelle perspective à la vision de Minkowski, qui considérait l'hypersensibilité émotionnelle comme étant à l'origine de la rupture avec le monde environnant sans préciser si celle-ci résulte de l'inné ou de l'acquis. Avec Benedetti, cette hypersensibilité émotionnelle décrite par Minkowski serait la conséquence, en tout cas en partie, d'un environnement précoce inadapté. La faiblesse du moi résulterait, selon Benedetti, d'une interaction entre facteurs constitutionnels et acquis. L'hypersensibilité émotionnelle consisterait ainsi en l'angoisse de perdre sa propre identité dans la rencontre avec l'autre. Le mode paranoïaque sur lequel la personne souffrant de psychose vit son environnement n'est donc pas que le résultat de projections de parties mauvaises du moi mal supportées, comme le pense Racamier, mais la conséquence de réelles expériences d'un autre persécuteur, possessif et envahissant durant la petite enfance. Nous verrons dans quelle mesure, en prenant en compte les expériences relationnelles réelles de la petite enfance de la personne souffrant de paranoïa à l'âge adulte, nous rejoindrons le regard que Bowlby porte sur l'analyse du cas de « Schreber ».

Nous pensons que ces divers modèles de la psychopathogenèse de la psychose se complètent mutuellement. On retrouve un consensus autour de l'idée que ce qui fait défaut dans la psychose se situe dans le rapport à soi, à autrui et au monde. Plusieurs cliniciens tels que Benedetti, Racamier et Bergeret soulignent l'importance des expériences relationnelles réelles durant la petite enfance de la personne souffrant de schizophrénie. Cela souligne l'intérêt à nos yeux d'investiguer les dynamiques relationnelles sous l'angle des théories d'attachement. Comme nous verrons dans le chapitre suivant, nous porterons une attention particulière, non seulement aux expériences relationnelles précoces, mais aussi à la manière dont celles-ci ont donné lieu à des représentations de soi, d'autrui et de soi en interaction avec autrui.

Dans la dernière partie de ce chapitre nous proposerons de réfléchir à des questions d'ordre méthodologique. Rappelons que le modèle analytique de la psychose, en comprenant la structure psychique psychotique comme qualitativement différente de la structure névrotique ou saine, soulève la question de l'accessibilité à ces dimensions pour l'investigation scientifique. Comment pouvons-nous conceptualiser l'étude du pathologique en partant de l'étude du sain ? Pour pouvoir penser la question de

l'accessibilité de la représentation de soi, d'autrui et de soi en relation avec autrui pour l'étude, nous proposons de reprendre des modèles plus herméneutiques et compréhensifs de la psychose.

3.6 Narration et construction de l'identité : vers une réflexion méthodologique

Comme nous le verrons dans le chapitre sur l'« attachement chez des personnes souffrant de psychose » les études qui ont eu recours à des méthodes validées de mesure des représentations sont extrêmement rares. Par ailleurs, dans la partie sur l'« attachement en lien avec des croyances religieuses » la majorité des recherches ont recours à des auto-questionnaires. Comme nous tentons d'en rendre compte dans le chapitre intitulé « le sens et le sacré », nous avons décidé de recueillir nos données avec une certaine rigueur à la fois éthique, scientifique et respectant un arrière-plan épistémologique visant à ne pas enfermer un phénomène d'emblée dans une case théorisée. Au niveau méthodologique cela passe par le recours à des entretiens semi-structurés plutôt qu'à des questionnaires. Ces entretiens visant à la fois l'exploration systématique de certaines dimensions mais permettant également d'ajuster dans la mesure du possible les questions à l'univers de sens singulier de chaque participant. Cela dans le but d'accéder au mieux aux représentations de soi, des autres, de soi en relation avec les autres et à la manière dont ces dernières viennent donner forme aux croyances religieuses et spirituelles en lien avec des figures privilégiées. Dans ce chapitre portant sur la narrativité, nous chercherons à réfléchir à ce qu'implique un travail sur le récit. Les entretiens résultent d'une co-construction entre chercheur et participant. Nous chercherons ainsi à réfléchir à la manière dont le récit peut traduire des expériences émotionnelles et un certain rapport à soi qui se construit dans la narration.

3.6.1 L'identité : entre permanence et devenir

Dans la psychiatrie phénoménologique on aura tendance à se montrer réticent quant à l'utilisation du concept « d'identité » ou de « soi ». Cela vient du fait que l'approche du psychiatre phénoménologue s'inscrit dans l'attitude de la réduction phénoménologique husserlienne, qui implique la neutralité du « *Dasein* » et évite toute détermination *a priori* de l'être humain (Husserl, (1938-39; (1991)). Il ne s'agit là que d'un idéal vers lequel tendre, en passant par la tentative d'une mise hors-jeu provisoire de tout arrière-plan théorique. Le psychiatre phénoménologue se veut ainsi athéorique et cherche à éviter toute

détermination de l'être humain. Il sera cependant difficile d'arriver à rendre compte des paradoxes liés à l'unité du soi sans se servir du concept d'identité. C'est pourquoi nous nous permettrons d'y avoir recours par moments. L'idée étant de tenter de rendre compte de cette unité du soi à partir de laquelle non seulement se construit progressivement l'existence humaine individuelle mais qui donne aussi lieu à l'expérience d'une intégrité profondément subjective et intersubjective par essence. Il s'agit d'une intégrité qui subsiste au changement et à l'échange avec l'autre, de cette même unité de soi qui, lorsqu'elle se désintègre ou s'écroule, donne lieu à des pathologies profondes.

L'identité humaine se situe entre quelque chose de l'ordre d'une permanence qui fait que le «je» coïncide en quelque sorte avec lui-même à travers le changement, et quelque chose de l'ordre de l'intentionnalité qui définit la conscience comme conscience de quelque chose. La conscience est pure transcendance, elle est fondamentalement temporalité, ouverture au passé et au futur. L'intentionnalité implique la signification, car c'est ainsi que la conscience se rapporte à autrui, à soi et au monde qui l'entoure (Clément et al., 1994).

Ricœur développe une réflexion autour de l'ambiguïté de l'identité humaine perçue comme permanente dans le temps. Cette ambiguïté est à comprendre dans la double signification donnée au mot « même » – qui en anglais réside dans la distinction du « same » et du « self » – où l'on retrouve d'une part l'idée de ce qui ne change pas, ce qui est resté identique et d'autre part l'idée de soi, venant de l'expression « soi-même ». Au fond, à en croire Ricœur, l'un des paradoxes de l'identité humaine est lié au fait que nous sommes à la fois permanence, *mêmeté*, et à la fois être de projet en perpétuel devenir. Ricœur introduit alors les termes d'*ipse* et d'*idem*. L'*ipse* serait la fidélité à soi à travers le temps. Il propose alors l'image de la promesse comme maintien du soi dans la parole tenue ou encore l'idée de la « permanence du qui » (Tatossian, 1994 cité par Naudin & Azorin, 1998, p.76). L'*idem* serait la *mêmeté*, ou encore la « permanence du quoi ». Ainsi selon Ricœur, pour tenter de saisir la subjectivité humaine, il est nécessaire de prendre en compte cette dialectique entre ipséité et idem.

Pour Ricœur, nous nous retrouvons devant l'impossibilité de penser directement l'identité humaine comme une entité, par conséquent il est nécessaire de commencer par interroger les signes au travers desquels cette identité se révèle à nous, et peut-être au travers desquels elle se constitue. Ce détour nécessite le passage par une approche herméneutique proposant de poser un cadre épistémologique qui permet de mieux

rejoindre la réalité (Ricœur, 1986, p. 89). D'après lui, c'est l'approche narrative, en intégrant le temps dans les processus d'identification qui permet de concevoir une dialectique entre idem et ipsé. Tout devient partie intégrante d'une histoire, les événements concordants et discordants prennent un sens à l'intérieur d'un récit (Naudin & Azorin, 1998). Le propre de la mise en intrigue est qu'elle permet de faire une synthèse de l'hétérogène, c'est-à-dire d'articuler dans une totalité signifiante des éléments aussi différents que les motivations internes et les circonstances externes (Debray & Pachoud, 1993).

Plus haut, nous nous sommes référés au paradoxe de l'idem et de l'ipsé comme à un des paradoxes de l'identité humaine ; notons que Ricœur en relève encore deux autres. Le second paradoxe est lié à l'aspect intersubjectif de l'être humain et se joue à l'intérieur du rapport entre soi et autrui, ou entre autrui et le même. Selon Ricœur, la conscience est première, le sujet capable de dire « je », va ensuite pouvoir éprouver la confrontation à autrui. Or autrui nous précède, puisque nous empruntons à la mémoire collective, aux normes fondées par des « autrui » plus anciens. Le paradoxe réside dans la dynamique de construction de l'identité qui s'articule dans le rapport à l'autre entre fusion et séparation. Nous sommes à la fois sujet singulier et sujet engagé dans les histoires des autres, pris entre l'autonomie et la dépendance. Le troisième paradoxe que conçoit Ricœur, réside dans le fait que l'identité humaine est à la fois responsabilité et fragilité. Le sujet est fondamentalement capable d'une prise de conscience de soi – il est capable de dire « je » – ce qui lui permet également de se reconnaître comme l'auteur de ses actes. Cette capacité entraîne la responsabilité, mais en même temps, la capacité renvoie à l'incapacité. C'est justement dans cette incapacité du sujet que l'on retrouve sa fragilité. On ne peut comprendre la fragilité sans tenir compte de la responsabilité et vice-versa, l'une se définissant par rapport à l'autre. La fragilité fait de la responsabilité l'objet d'une quête permanente (Naudin & Azorin, 1998).

Nous venons de découvrir certains paradoxes de l'identité humaine qui peuvent être vécus par l'individu comme des défis à relever tout au long de l'existence. Plus l'identité humaine et sa constitution nous apparaissent dans leur complexité, plus, semble-t-il, nous est dévoilée sa fragilité. Nous proposons d'examiner à présent, comment une telle approche de l'identité humaine permet d'apporter un éclairage original à certaines pathologies mentales.

3.6.2 Identité narrative et psychopathologie

Pour J. Naudin et J-M Azorin, afin d'arriver à tirer une psychopathologie de cette réflexion autour de l'identité humaine, il faudrait alors, plutôt que de parler de troubles de l'identité, penser la problématique en termes de « troubles du rapport intentionnel de la subjectivité constituante à la subjectivité constituée, dans lequel l'une et l'autre coexistent, se superposent et se réfléchissent » (Naudin & Azorin, 1998, p.75). On retrouve ici l'idée que la conscience humaine est toujours conscience de quelque chose, qu'elle est profondément réflexive et subjective. En parlant du rapport intentionnel de la subjectivité constituante à la subjectivité constituée, on met probablement en évidence que cette activité de constitution de la subjectivité n'est jamais chose finie, qu'elle est toujours en devenir et en même temps qu'elle coexiste avec quelque chose de l'ordre d'une permanence, qui prend la forme d'une sorte de totalité provisoire construite jusque-là (Naudin & Azorin, 1998).

Rappelons quelques propos de Dilthey puis de Charbonneau sur ce point, pour tenter de rendre cette idée plus explicite. Chaque vécu subjectif participe à construire une structure individuelle psychique. En même temps chaque expérience isolée s'ajoute à l'expérience psychique dans son ensemble, en prenant place dans une configuration au travers du sens qui lui est attribué. Ainsi au cours de l'histoire de l'individu, au niveau de sa vie psychique subjective, se mettent en place progressivement des configurations de sens structurantes permettant à l'être au monde de se représenter dans sa subjectivité (Tellenbach, 1987). Or en parlant des troubles du rapport intentionnel de la subjectivité constituante à la subjectivité constituée, on voit émerger une sorte de décalage entre l'expérience psychique subjective et les configurations de sens structurantes, qui s'exprimerait soit par l'incapacité de situer ce vécu par rapport à une expérience psychique plus globale en fonction du sens qui lui serait attribué, soit par une incapacité de construire un tout, une expérience psychique plus globale qui servirait d'horizon ou de cadre à l'intérieur duquel pourrait prendre place cette nouvelle expérience subjective (Naudin & Azorin, 1998).

3.6.3 Pathologies psychiques, les échecs d'une mise en récit

Charbonneau, psychiatre français exerçant à Paris et appartenant au groupe de phénoménologie de Necker, illustre parfaitement cette idée lorsqu'il explique que l'évènementialité est la façon propre à chacun de rencontrer un évènement, la manière dont

celui-ci va créer ou non une rupture ou un changement dans la totalité provisoirement construite. D'après lui, l'identité humaine réside dans la manière qu'on a d'articuler la mêmeté et les changements (Charbonneau, 1994). L'identité narrative, permet d'intégrer dans un tout cohérent des épisodes concordants et discordants par la mise en intrigue. Or certains vécus ne peuvent être intégrés dans un récit ; il n'est en effet pas certain qu'une expérience soit nécessairement métabolisable en un récit qui comporte un triomphe de la concordance sur la discordance. Certaines expériences peuvent être vécues comme tellement traumatisantes, que l'individu n'arrive pas à les inclure dans son histoire personnelle. (Debray & Pachoud, 1993, p.44).

Il en est ainsi pour le discours de l'anxieux, qui n'a pas su prendre le recul suffisant face à son expérience subjective pour pouvoir se représenter dans la subjectivité et organiser tout ceci à l'intérieur d'un récit. Or l'anxieux est parfaitement capable d'élaborer cette mise en intrigue une fois qu'il n'est plus sous l'emprise de l'expérience émotionnelle. On peut parler, selon l'auteur, d'une évènementialité qui est propre à l'anxieux. C'est-à-dire que ce dernier a une manière propre de rencontrer l'évènement, qui va créer ou non un changement dans la totalité provisoirement construite jusque-là. Il existe probablement pour lui une difficulté à reconnaître le même dans le même. Tout est rencontré comme évènement et donc anticipé comme un danger car susceptible de rompre le même. On peut donc dire qu'ici n'intervient qu'une partie de l'évènementialité : celle qui précède l'action. Il s'agit de la peur du changement, qui renvoie à l'incapacité d'accueillir la rupture du même.

Il en est ainsi également pour le discours du mélancolique, où tout est concordance, et où il n'y a aucune place pour l'évènement (Debray & Pachoud, 1993). On est également face à un échec de la mise en récit, que H. Tellenbach explique par la «*Festgelegtheit*» (Tellenbach, 1987, p. 68), une évènementialité marquée par une attitude figée, comme paralysée, en quelque sorte « rouillée » (Tellenbach, 1987). On y retrouve l'idée d'une rigidité, d'une immobilité, que Tatossian exprime ainsi : c'est comme si l'ipséité était absorbée par la mêmeté, le « qui » effacé derrière le « quoi » (Naudin & Azorin, 1998). La temporalité mélancolique évacue tout ce qui est genèse et enferme l'expérience dans un constat statique, d'où il y a impossibilité d'une mise en intrigue.

L'énonciation des deux types d'expériences pathologiques par les patients illustre un échec de la mise en récit. Dans le premier cas parce que l'ipséité perd son support de la mêmeté et et dans le second cas parce que l'ipséité est absorbée par la mêmeté (Debray &

Pachoud,1993). Selon Tatossian les différents types de récits correspondent à autant de variations possibles de la subjectivité humaine selon la proportion de la mêmeté et de l'ipséité (Naudin & Azorin, 1998).

Reprenons le cas de figure dans lequel l'ipséité ne parvient pas à se dissocier de la mêmeté. Pour ce qui est de l'identité humaine on peut dire alors qu'elle ne correspond plus qu'à un caractère ou à un rôle. Sur le plan du récit, on pense à des romans où un personnage est figé dans un rôle éternel. Tatossian prend l'exemple d'Arlequin dans la comédie italienne, *la commedia dell'arte*. Sur le plan clinique de l'expérience psychique, l'auteur évoque le fonctionnement de la personne souffrant de paranoïa qui s'identifie complètement à un rôle, duquel elle ne prend aucune distance. Elle ne se définit plus que par sa mission au point où elle devient son rôle (Debray & Pachoud, 1993). Il en va de même du Typus Mélancholicus de Tellenbach, qui tombe entièrement dans la mélancolie lorsqu'il ne peut plus répondre aux exigences que lui impose son caractère, c'est-à-dire l'ordre, la ponctualité, le sens du devoir, l'altruisme... (Tellenbach, 1987). Tatossian propose alors de parler d'une suridentification à un rôle social.

Pour terminer, voyons le cas dans lequel l'ipséité se retrouve dénudée par la perte de son support, la mêmeté (Naudin & Azorin, 1998). En ce qui concerne le récit, ceci rappelle les genres littéraires qui ne supposent aucune contrainte, tels que l'essai, l'expression artistique, ou encore le Nouveau Roman où l'on s'aventure dans un monde abstrait, au sein duquel la temporalité est déstructurée et l'intrigue pour ainsi inexistante. Il survient alors « une crise de clôture du récit, si récit il y a, car une histoire qui n'a ni début ni progression n'a aucune raison de se clore ici plutôt que là » (Debray & Pachoud, 1993, p 46). Sur le plan clinique, cette citation fait penser à la discursivité schizophrénique lors de crises aiguës. Une personne qui n'arrive pas à se rassembler dans sa propre histoire ne paraît pas avoir de visage, ni de caractère dans la mesure où elle ne peut établir cette temporalité narrative. Ceci l'empêche alors de s'engager réellement, le qui ne peut plus se nourrir du quoi (Naudin & Azorin, 1998).

L'approche narrative de l'identité, en soulevant ses paradoxes fondamentaux, fait ressortir d'une manière originale et intéressante les difficultés que peuvent rencontrer les personnes souffrant de troubles psychiques dans leur construction identitaire. Tout en découvrant la complexité des processus de constitution de l'identité, on en découvre la fragilité. Contrairement à une approche nosologique catégorielle, ce regard particulier met en évidence un continuum entre la santé et la pathologie en humanisant les troubles et en

les présentant sous l'angle des défis liés à l'existence même. Notre identité se construit au fur et à mesure que nous vivons, un peu à la façon d'une mosaïque qui serait en perpétuelle élaboration, susceptible de changer de visage avec l'apport ou le retrait d'un élément, dont la ou les cohérences peuvent prendre diverses formes jusqu'à se perdre dans le chaos.

Comme mentionné dans l'introduction, cette étude porte d'une part sur les représentations de soi, d'autrui et de soi en relation avec autrui chez des personnes souffrant de psychose, sous l'angle des théories d'attachement ; elle porte d'autre part sur la manière dont la théorie de l'attachement permet d'éclairer certaines des dimensions du coping spirituel chez les personnes souffrant de schizophrénie et sur les schémas internes opérants activés dans ces processus. Au fond dans ce détour par l'identité narrative, trois choses nous intéressent :

Tout d'abord, reprenons les propos de Tellenbach lorsque ce dernier réfléchit à la manière dont se mettent en place des « configurations de sens structurantes » qui permettent à l'individu de se représenter dans sa subjectivité. Il s'interroge à la fois sur la manière dont chaque expérience participe à la construction de ces configurations de sens structurantes et à la manière dont chaque expérience est interprétée en fonction du sens qui émane de ces structures préétablies (Tellenbach, 1987). Nous pensons qu'il décrit là, la genèse et le fonctionnement des représentations de soi, d'autrui et de soi en relation avec autrui auxquelles s'intéresse la théorie de l'attachement. Il s'agit probablement du pressentiment par l'intuition phénoménologique de ce que les cognitivistes ont nommé ensuite les modèles internes opérants.

Deuxièmement, l'approche narrative montre comment la mise en récit – selon les degrés de cohérence et de polarité entre l'idem et l'ipsé – traduit à la fois la présence d'émotions et la manière dont certains événements ont pu être métabolisés dans une construction identitaire cohérente. Comme mentionné au début de cette partie sur la narrativité, ces réflexions nous orienteront dans nos choix méthodologiques pour étudier les modèles internes opérants propres aux processus d'attachement.

Troisièmement, la réduction phénoménologique, en proposant de mettre hors-jeu au moins momentanément les modèles théoriques de la psychose présentés ci-dessus, et en s'intéressant à l'expérience subjective des défis existentiels de la construction identitaire, permet de situer la santé et la pathologie sur un continuum. Cela est particulièrement important dans la mesure où l'idée freudienne selon laquelle la structure psychotique se distingue de la structure névrotique soulevait la question de l'accessibilité des modèles

internes opérants chez des personnes souffrant de psychose à l'aide d'outils conçus pour examiner des structures névrotiques. Ainsi, le recours à une approche narrative dans la récolte des données devrait permettre l'accès à ces totalités psychiques provisoires (ou modèles internes opérants) aussi chez des personnes souffrant de psychose.

3.7 Schizophrénie et religion

La religion n'est pas un objet d'étude pour le psychologue indépendamment du sujet singulier ou du groupe humain particulier pour lequel elle prend un sens. Nous avons décidé de nous intéresser aux études du religieux chez des personnes souffrant de psychose et plus particulièrement à la manière dont ces patients tendent à y avoir recours pour faire face à leurs difficultés. Comme mentionné dans la partie introductive de ce travail, nous chercherons à éclairer certains des processus sous-jacents du coping à l'aide de la théorie de l'attachement. Cependant, aucune des études ayant recours à cette théorie pour examiner les processus psychiques en jeu dans les croyances et pratiques spirituelles n'a été entreprise jusqu'ici avec des personnes souffrant de psychose. Nous devons donc présenter les éléments en deux temps dans la partie théorique, en nous intéressant tout d'abord à la religion et au processus de coping chez des personnes souffrant de psychose pour nous tourner ensuite vers la manière dont la théorie de l'attachement a permis d'éclairer certains de ces processus. Pour des questions d'organisation des différentes thématiques dans ce travail, nous avons choisi de nous intéresser dans un premier temps à la psychose et dans un second temps au modèle théorique de l'attachement. La manière dont la théorie de l'attachement viendra éclairer les processus de coping religieux ne sera abordée qu'une fois que nous aurons exposé la théorie de l'attachement et les problématiques d'attachement dans la psychose.

3.7.1 Psychiatrie et religion

Actuellement, la prise en charge psychiatrique reconnaît la nécessité d'une investigation de l'histoire familiale, sociale, professionnelle et culturelle du patient. Cela afin de parvenir à saisir l'univers de sens unique dans lequel se manifeste le trouble. Il se trouve que les croyances existentielles, religieuses et spirituelles font partie de cet univers de sens et influencent de manière intense le bien-être et la santé psychique. Cependant, les dossiers médicaux et suivis thérapeutiques ne contiennent souvent aucune information relative à ces dimensions. De leur côté, les patients craignent souvent le jugement et

préfèrent ne pas en parler avec leurs soignants. Certains professionnels de la santé estiment effectivement que les questions d'ordre existentiel, religieux et spirituel ne relèvent pas de leur domaine (Mohr et al., 2006).

Au regard du psychologue, comprendre l'être humain implique l'exploration systématique de son univers de sens. Indépendamment d'une intervention psychothérapeutique les dimensions existentielles, spirituelles et religieuses peuvent influencer négativement le bien-être et la santé psychique ou au contraire représenter des ressources positives importantes. Dans le cadre d'un travail psychothérapeutique, les croyances ou pratiques spirituelles et religieuses dévoilent souvent les contours d'un fonctionnement psychique demeurant inconscient et inaccessible par un autre biais. Par ailleurs le travail psychothérapeutique, avec ces mêmes croyances et pratiques spirituelles, offre parfois un levier intéressant pour mobiliser d'autres processus psychiques. La rigueur scientifique que s'attribuent la psychiatrie et la psychologie devrait permettre aux chercheurs et cliniciens de dépasser leurs réticences et préjugés concernant les croyances et pratiques existentielles, religieuses et spirituelles des patients. Ces dimensions devraient alors être étudiées par les chercheurs, et prises en compte par les cliniciens, au même titre que toute autre production humaine (Huguelet et al., 2008).

La psychiatrie et la religion s'occupent de dimensions propres à l'existence humaine, telles que la question du sens, de la culpabilité, des croyances, des valeurs, de la souffrance et de la guérison (Bettelheim, 1982). A en croire certains théoriciens, pour mieux comprendre l'origine des préjugés du monde psychiatrique face aux traditions religieuses et culturelles dont toute société subit les influences, il est nécessaire de remonter dans l'histoire de la relation entre psychiatrie et religion. La relation entre ces deux disciplines a été marquée, au cours des siècles passés, par une certaine suspicion mutuelle qui pouvait aller jusqu'à diverses formes d'hostilité explicite. Actuellement, dans un contexte socio-politique occidental plus libéral, cette relation peut, la plupart du temps, être qualifiée d'une forme de tolérance marquée par l'indifférence réciproque. L'assistance psychosociale proposée par les prêtres – pastoral counselling – a probablement favorisé un rapprochement des deux domaines. Cependant le fossé entre les deux disciplines persiste puisque la psychiatrie, tout en investiguant les dimensions les plus intimes de la vie des patients, omet la plupart du temps de prendre en compte les croyances religieuses, culturelles et existentielles de ces derniers. Cela revient à ne pas prendre en compte les effets de ces divers intérêts humains sur le psychisme humain. D'un autre côté, peu de prêtres ou de pasteurs recherchent les conseils des professionnels de la santé. (Fosket &

Gordon, 2001). Le monde psychiatrique nourrit, de son côté, une grande méfiance vis-à-vis des questions liées à la religion. Selon Barker (1997), on y retrouve régulièrement l'idée que la religion est souvent investie par des personnes psychiquement instables. Cependant, il a pu être mis en évidence que la majorité des croyants – même appartenant à de nouveaux mouvements religieux – ne disposent pas d'une santé mentale moins saine que la population générale (Hay, 1982 ; Barker, 1984 ; Barker, 1997). On retrouve également l'idée que les expériences religieuses ne se distinguent phénoménologiquement pas des expériences pathologiques. Mais ne s'agit-il pas d'une confusion entre la forme et le contenu de l'expérience ? Les dimensions normales et pathologiques d'une expérience religieuse semblent se distinguer de la même façon que les dimensions normales et pathologiques d'une expérience à contenu non religieux. Aussi la religion est souvent considérée comme étant uniquement nocive, or une telle vision omet complètement l'existence des diverses formes de « coping » que la religion met à disposition du croyant.

D'un point de vue épistémologique et éthique, la psychiatrie et la religion se distinguent profondément. En effet, la psychiatrie se définit comme une branche médicale qui se construit à partir du modèle scientifique positiviste (Macklin, 1973). De son côté, la religion se veut « révélée » dans un contexte où le savoir est transmis par des autorités et est préservé par la foi. L'objectif de ce chapitre n'est pas de défendre les bienfaits de la religion ou de nier ses influences parfois nocives essentiellement pour des patients souffrant de schizophrénie, mais plutôt de réfléchir à cette dichotomie complexe séparant la prise en charge médicale de patients souffrant de troubles psychiatriques de la prise en charge par les professionnels de la religion dans le contexte occidental actuel.

Historiquement, on retrouve cette forme de dualisme entre une explication surnaturelle et une explication naturelle des maladies dans la plupart des cultures. Des causes somatiques aux manifestations psychiques sont déjà décrites dans l'Antiquité. Dans la Bible, par exemple, les variations de l'équilibre mental du roi Saül sont attribuées à des interventions divines. La mythologie grecque, elle aussi, propose un panel de personnages souffrant de troubles psychiques causés par des influences surnaturelles. La naissance de la médecine occidentale quant à elle est souvent attribuée au médecin grec Hippocrate, qui expliquait les différents caractères par la manière dont circulent les différents fluides contenus dans le corps humain. Il discernait le type constitutionnel colérique du type constitutionnel flegmatique, auxquels ont été ajoutés par la suite le type mélancolique et le type sanguin. Hippocrate défendait l'existence d'une étiologie exclusivement somatique des maladies physiques et mentales. Plus tard, on retrouve chez Aristote une dichotomie

entre les maladies physiques liées à des dysfonctionnements somatiques et les troubles psychiques davantage liés à des forces surnaturelles. Au Moyen-âge, dans l'Europe chrétienne, certaines maladies étaient associées à des influences démoniaques. Les travaux d'Albertus Magnus – professeur de philosophie, théologie, chimie et alchimie au XIII^{ème} siècle – révèlent par exemple la cohabitation entre des interprétations de type hippocratique et des causes démoniaques associées aux troubles mentaux. A l'époque des critères diagnostiques avait été développés pour pouvoir distinguer les attaques épileptiques à causes somatiques des attaques épileptiques dues à des possessions démoniaques, afin de pouvoir recourir au professionnel de la santé adapté, c'est-à-dire au médecin dans le premier cas ou au prêtre exorciste dans le second. Ces exemples montrent dans quelle mesure les interprétations naturelles somatiques, psychologiques et les interprétations surnaturelles coexistaient (Siegler & Osmond, 1976).

Avec le développement des sciences exactes et l'avènement du positivisme, la médecine a petit à petit exclu de son champ d'étude les dimensions qui ne se prêtent pas à l'étude expérimentale. Les différents traitements ont été redéfinis et progressivement attribués d'un côté aux autorités médicales et de l'autre aux autorités religieuses. Ces conflits d'interprétations de phénomènes pathologiques se sont consolidés en France, en 1707 lorsque le roi Louis XIV a promulgué la loi condamnant les autorités ecclésiastiques qui exerçaient la médecine à payer une amende (Rausky, 1997). Cette décision fut la conséquence d'un grand effort fourni par les professionnels de la médecine concernant l'organisation et la légitimation de la pratique médicale.

L'établissement de cette loi permit aux professionnels de la médecine de se faire reconnaître socialement et leur attribua l'autorité suprême dans le domaine de la santé. Au travers de la mise en place de diverses facultés de médecine et du soutien politique progressif, les médecins, encore considérés comme de simples artisans au Moyen Age, finirent par être reconnus en tant que scientifiques. Depuis l'introduction de cette nouvelle définition des fonctions, les dimensions relatives à l'esprit (âme) appartiennent exclusivement au domaine du religieux et les questions concernant le corps humain et le psychisme relèvent de l'autorité médicale. C'est ainsi qu'épistémologiquement, la psychiatrie – en tant que branche scientifique – s'est séparée de la religion (Bhugra, 1997).

3.7.2 Réflexion d'un psychothérapeute à propos de certains phénomènes religieux

A ce stade, il est intéressant de considérer le regard qu'un psychiatre expert dans la psychothérapie des psychoses, tel Benedetti, porte sur la question de la dimension religieuse. Benedetti explique qu'en psychiatrie, on rencontre souvent des phénomènes à caractère religieux qui sont rapidement qualifiés de pathologiques en fonction de leurs contenus, leurs formes, et leurs contextes. Les médecins, d'après lui, s'autorisent à asséner des jugements psychologiques y compris à propos de phénomènes qui ne relèvent pas de la psychiatrie. Dans le cadre d'une réflexion sur la mise en place d'une analyse différentielle en psychopathologie permettant de distinguer le malade du bien-portant, Benedetti propose trois critères.

D'après lui, la limite de la logique constitue un premier critère. Ce dernier nous conduit à nous demander si le cadre de notre réalité commune est pris en compte et reconnu par les convictions religieuses du patient, ou si au contraire, dans son vécu religieux, il s'est produit une rupture de l'entendement logique.

Un second critère réside, dans la capacité d'une personne croyante à se remettre en question elle-même ou par autrui, à accepter le doute et à être en mesure d'écouter. Au fond, il s'agit de vérifier si la relation de dialogue est rompue ou non par une attitude défensive.

Comme troisième critère, on peut supposer que la frontière psychopathologique est franchie, lorsque des connexions psychodynamiques dépassent le cadre de la foi et vont au-delà de l'aspiration au tout et à la liberté. Le phénomène d'une foi exaltée, fanatique et extrémiste nous apparaît d'emblée comme problématique. Cependant le phénomène de la foi, même à l'intérieur d'un contexte psychopathologique, peut être digne de considération. D'après Benedetti, dans le domaine de la religion, on ne peut retirer aux croyances leur dimension de vérité – quant à leur contenu – sur le seul fait que celles-ci se manifestent chez des personnes par ailleurs malades. Il relativise cependant ces critères dans la mesure où c'est le contexte global qui doit permettre de décider si un phénomène limite rentre ou justement ne rentre pas dans le cadre de la santé mentale.

La psychanalyse ne peut espérer apporter une réponse à la question essentielle de la religion – à savoir celle de l'existence de Dieu – dans la mesure où elle est une science de la psyché, une façon de comprendre l'homme en termes psychiques. Jung, dans son *Livre tibétain des morts*, interprète le monde des dieux comme une projection de l'inconscient collectif. Il pose ensuite la question de savoir si l'inconscient collectif ne peut pas être dans

l'autre sens l'introjection du divin. La psychologie de la religion, en tant que science du phénomène psychologique religieux, aide la psychologie clinique à distinguer ce qui est sain de ce qui est pathologique.

Dans un contexte essentiellement chrétien et en tant que psychanalyste, Benedetti affirme que la religion est une relation d'objet qui se distingue des autres relations d'objet par trois caractéristiques : c'est tout d'abord la relation du soi avec un objet inconnu d'origine extramondaine qui, par conséquent, n'est plus un objet. Ensuite, on peut dire que c'est une relation entre le soi et un sujet, puisque Dieu habite en quelque sorte dans l'intériorité du soi. Pour finir, il s'agit d'une relation dont la structure a une influence comme aucune autre sur le vécu relationnel de l'homme avec ses semblables. « Dans chacun de ces trois cas, la relation religieuse se développe comme une dialectique, au centre de laquelle réside la possibilité d'un dialogue sain, et dont les polarités unilatérales peuvent se retrouver dans les phénomènes psychiatriques des maladies mentales » (Benedetti, 1992 (2002), p.246)).

Nous proposons à présent de reprendre ces trois points distinctifs dans leur dimension relationnelle. Dans le premier cas, concernant la relation avec une totalité inconnue, la dialectique se situe entre la possibilité de projeter notre idéal du moi sur Dieu et la possibilité de souligner la dimension totalement autre de Dieu. Ceci revient à reconnaître la nature incompréhensible de Dieu comme étant la seule réalité authentique dans la délimitation du soi. Selon Benedetti, « les deux pôles de la dialectique dans leur réciprocity structurent l'expérience religieuse de l'homme capable de dialoguer sainement. Chez le malade, au contraire, nous trouvons cette réciprocity annulée : d'un côté, il va projeter sur Dieu son propre système de valeurs et cela si radicalement qu'il croit recueillir de cette façon les pensées de Dieu lui-même. Après cela, armé de ses propres « conceptions de Dieu » et ses propres pulsions divinisées, il va pouvoir tourmenter son prochain » (Benedetti, 1992 (2002), p. 246)). Inversement, la totalité divine peut être vécue de façon tellement différente de son propre soi qu'aucun projet ou transfert amoureux sur le monde ne sont plus possibles. Pour illustrer ce type de dynamique, Benedetti nous donne alors l'exemple d'un patient qui prenait tellement au sérieux l'altérité divine que le monde entier finissait par ne plus exister pour lui.

A l'intérieur de la seconde dimension de la relation religieuse en tant que soi-objet se structurent deux pôles. Dans ce contexte, le soi peut coïncider avec l'objet au point qu'il

en résulte une attitude prophétique. Or, si la dialectique est détachée de la tension créative de l'antithèse, il peut apparaître la représentation d'un soi idéal, immense.

De manière générale, selon Benedetti, peut être soutenue l'idée que le facteur religieux est pathologique quand l'intégrité et la dignité de l'homme dans l'amour et dans la solidarité avec les autres se trouvent atteintes. La psychopathologie est à l'opposé de l'harmonie intérieure et de la joie à l'égard de ce que la vie nous apporte. Par conséquent, lorsque des phénomènes religieux comme les expériences mystiques, l'ouverture à la transcendance, ou encore comme l'élargissement de la conscience sont mis en branle à travers l'auto-accusation, l'angoisse ou la destruction, ils peuvent probablement être légitimement placés du côté de la psychopathologie.

En ce qui concerne le troisième aspect de la dialectique, nous retrouvons deux pôles que Benedetti exprime ainsi : « à travers Dieu, se sont tous les hommes qui sont aimés, ou bien Dieu devient tellement important que l'on prend congé de tous les hommes, que l'on se retire dans le désert pour parler uniquement avec lui » (Benedetti, 1992 (2002), p. 248)). Dans une dialectique saine, l'ermite dans sa prière solitaire intègre toute l'humanité, il peut se situer près de Dieu tout en étant au milieu des hommes, alors que dans une dialectique pathologique, la personne tend vers l'un des deux pôles. Soit elle s'enferme dans l'autisme en ayant une telle proximité avec Dieu que sa propre santé n'a plus aucune importance, soit la compulsion de conversion recouvre tout et finalement il n'y a plus derrière elle de véritable expérience religieuse. Ces tentatives de théorisation se réfèrent à des expériences fondamentales qui rendent possible une vision d'ensemble. Cependant, il est très important de toujours considérer le cas particulier, ce qui demande l'affrontement d'une tâche de distinction difficile.

Après s'être étendu sur une approche purement psychanalytique du phénomène religieux, Benedetti propose d'aborder le point de vue psychiatrique qui intègre cette dernière. La psychiatrie ne s'intéresse pas aux structures psychodynamiques qui sous-tendent les phénomènes, elle vise avant tout à élucider les phénomènes eux-mêmes. La question qui se pose alors est de savoir si ces phénomènes apparaissent dans un tableau caractérisé par des symptômes déterminés de telle sorte qu'ils vont être considérés comme pathologiques. Ainsi, les phénomènes à fort impact psychopathologique se répartissent dans le cadre religieux en fonction de deux axes. Le premier se caractérise par des sentiments de nullité et de culpabilité et le second par des idées de grandeur et des vécus de fusion. Ces deux axes de la thématique psycho-religieuse s'entrecroisent dans la

schizophrénie. En même temps, le sentiment de nullité et de culpabilité d'une part, et le sentiment d'élévation d'autre part, représentent deux dimensions fondamentales de l'expérience religieuse en tant que telle. Le caractère ainsi pathologique de l'expérience dépend alors à la fois de la relation de l'homme avec ses semblables et du rapport des contenus religieux avec la personnalité globale. Benedetti note que les interprétations religieuses ou psychopathologiques d'une expérience humaine varient en fonction des cultures. D'après lui, ne peut être considéré comme délirant que ce qui représente une rupture de l'expérience commune du milieu de vie de la personne. Ce qui peut de nouveau être relativisé, si l'on considère que la liberté de transcender notre réalité représente au fond une possibilité limitée de notre esprit. Il imagine qu'il serait possible au fond que Dieu soit capable de bouleverser un homme au point de lui rendre impossible l'observation des règles de la logique dans laquelle vivent ses semblables. Dans l'Antiquité, ce fut la conception qu'on avait du délire, on parlait alors d'ivresse divine.

Cet ensemble de réflexions à propos de l'expérience humaine à caractère religieux mène Benedetti à s'interroger, dans le cadre précisément de la psychothérapie, sur la manière dont il faudrait traiter un tel phénomène pour reconstruire et libérer la possibilité d'expérience religieuse authentique qui le sous-tend. Un délire religieux peut toujours être compris en psychothérapie comme la manifestation d'un désir inconscient, ou d'une communication. Il apporte pour illustrer cette idée, l'exemple d'une patiente dont le délire pouvait être entendu comme un appel à être comprise dans sa quête de vérité secrète et désespérée. A ce sujet il ajoute : « Ma psychothérapie se distingue des deux points de vue susmentionnés (approche purement psychanalytique et psychiatrique) essentiellement en ce qu'elle prend moins en considération l'importante ligne de partage entre phénomène psychopathologique et phénomène normopsychologique, préférant au contraire aborder la psychopathologie *en se mettant à l'écoute de sa compétence normopsychologique potentielle*, ou encore en prenant en compte et en se tournant vers la « potentialité cognitive inhérente au délire ». Une telle potentialité, je la vois non pas dans la *forme* du délire mais dans son *orientation*, dans sa *dynamique*, donc dans ce que j'ai désigné à plusieurs reprises, dans les chapitres précédents, par l'expression « psychopathologie progressive » (Benedetti, 1992 (2002), p.251)).

Ainsi il ne s'agit pas de savoir si l'expérience humaine à caractère religieux est de nature saine ou pathologique, ou en d'autres termes si l'on se situe réellement dans le domaine religieux ou dans celui de la psychopathologie. On ne peut pas non plus retirer la dimension de vérité aux phénomènes créatifs religieux simplement parce qu'ils se

manifestent chez des personnes malades. Ce qui importe pour Benedetti – en tant que psychothérapeute – c’est d’arriver à reconnaître dans l’expression humaine pathologique de son patient, la dimension progressive, c’est-à-dire, la santé potentielle contenant une possibilité de dialogue. C’est alors au psychothérapeute qui se retrouve face à un délire progressif de parvenir à pondérer emphatiquement les pas qui s’accomplissent dans l’espace d’un phénomène encore psychopathologique. Il peut dans un tel délire y avoir plus de vie que dans la santé sociale de nombreuses personnes et des pas, parfois plus importants – d’un point de vue existentiel – que ceux d’une personne bien portante (Benedetti, 1992 (2002)).

Nous avons tenté dans cette partie, de soulever les enjeux historiques, épistémologiques et phénoménologiques qui opposent la science médicale et la religion. Nous nous sommes arrêtés ensuite sur les réflexions de Gaetano Benedetti pour tenter de mieux cerner la question des limites entre les phénomènes religieux et les phénomènes psychopathologiques. Nous proposons à présent de nous pencher sur les études ayant investigué systématiquement la dimension religieuse/spirituelle chez les personnes souffrant de schizophrénie.

3.7.3 Les études concernant la schizophrénie et la religion

3.7.3.1 Données sociologiques

Une étude sociologique récente en Suisse (Campiche, 2004) montre que 9% de la population générale dit ne pas avoir d’affiliation religieuse, 87% dit appartenir aux communautés traditionnelles chrétiennes, 4 % à d’autres confessions religieuses et 27% des gens disent avoir des pratiques religieuses régulières. Plus de la moitié de la population accorde une grande importance à la spiritualité au quotidien et trois quarts de la population témoignent avoir recours à la spiritualité lorsqu’ils doivent faire face à la maladie ou à des situations de crises dans leur vie. En Europe et aux Etats-Unis, la spiritualité et les pratiques religieuses apparaissent comme fondamentales pour des personnes souffrant de troubles psychotiques non affectifs (Neeleman & Lewis, 1994 ; Kirov and al., 1998 ; Pieper, 2004 ; Kroll & Sheehan, 1989 ; Tepper et al, 2001 ; Corrigan et al., 2003). Cependant, les études portant sur la dimension spirituelle et religieuse demeurent peu nombreuses en psychiatrie. Une investigation systématique de quatre journaux de psychiatrie entre 1978 et 1982 montre que seuls 2.5% des articles mentionnent une mesure

de religion (Larson et al., 1997). Des chiffres encore plus bas ont été retrouvés relatifs à la période entre 1991 et 1995, où seuls 1.2% des articles mentionnent une mesure de religion (Weaver et al., 1998). Par ailleurs, dans plus de 80% de ces études, cette mesure de religion se restreint à une simple question concernant l'affiliation ou la religiosité des patients. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer le nombre peu important d'études effectuées sur la thématique du religieux en psychiatrie. Ainsi par exemple, le fait que les professionnels de la santé soient sous-représentés dans les statistiques de personnes ayant des inclinaisons religieuses dans la population globale. Ceci est le cas autant en Europe (Neeleman & King 1993) qu'aux Etats-Unis (Shafranske, 1996). Les professionnels de la santé ne sont par ailleurs pas formés aux questions de spiritualité et de religiosité dans la prise en charge des patients (Shafranske, 1996 ; Lukoff et al., 1995). On observe parallèlement une tendance à la pathologisation des dimensions spirituelles et religieuses dans le domaine de la santé mentale (Lukoff et al., 1995 ; Crossley, 1995). Comme nous l'avons constaté préalablement, cette ignorance du domaine du religieux dans le monde médical de la psychiatrie peut également trouver ses origines dans la rivalité entre les professions médicales et religieuses provenant du fait que toutes deux se consacrent au domaine de la souffrance humaine (Roberts, 1997 ; Sims, 1999). Cependant, depuis ces dernières années, une littérature de plus en plus importante se penche sur la question de l'implication du religieux et de la spiritualité dans le domaine de la santé mentale (Koenig, 1998). L'organisation mondiale de la santé considère que la spiritualité, la religion et les croyances personnelles occupent une place importante dans l'évaluation de la qualité de vie des patients (Culliford, 2002). Des mécanismes comportementaux (la spiritualité peut être associée à un style de vie plus sain), des mécanismes sociaux (certains groupes religieux ou spirituels peuvent représenter un soutien social pour leur membres), des mécanismes psychologiques (des croyances concernant Dieu, la dimension éthique, les relations humaines, la vie ou encore la mort) et des mécanismes physiologiques (état de relaxation ou meilleure gestion du stress induite par des pratiques religieuses) représentent tous des mécanismes susceptibles d'éclairer le ou les liens entre la dimension spirituelle/religieuse et la dimension de la santé (Fetzer Institute, 1999).

3.7.3.2 *Les effets de croyances religieuses et spirituelles sur la schizophrénie*

La plupart des recherches ont tenté d'évaluer l'influence des croyances et des pratiques religieuses sur la psychose. L'étude des délires et des hallucinations à contenu

religieux paraissent intéressantes dans la mesure où ces symptômes peuvent mener à des comportements violents (Silva et al., 1997 ; Niethammer & Breitmaier, 2005). Les délires à contenu religieux peuvent aussi avoir une influence sur l'adhérence au traitement lorsque, par exemple, certains patients psychotiques attribuent leurs symptômes à des entités surnaturelles et refusent la médication. Par ailleurs, un pronostic moins optimiste est souvent corrélé avec la présence de délires à contenu religieux (Thara & Eaton, 1996 ; Doering et al., 1998). Cela s'explique à la fois par les caractéristiques cliniques de ces patients ainsi que par la non-adhérence au traitement. Concernant les caractéristiques des délires religieux non liés au contenu, on peut remarquer qu'ils sont souvent l'objet d'une conviction plus importante que ne le sont les délires à contenu non religieux (Appelbaum et al., 1999). Une étude portant sur des patients souffrant de schizophrénie en milieu hospitalier montre que les patients présentant des délires à contenu religieux sont souvent plus gravement malades que les autres, en présentant souvent des symptômes positifs sur une plus longue durée (Siddle et al., 2002a).

Le fait que les délires soient placés sur un continuum avec les croyances saines rend l'évaluation psychiatrique des patients délirants difficile (Peters et al., 1999 ; Jones & Watson, 1997 ; Pierre 2001). Dans le *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (APA, 1994), une nouvelle catégorie diagnostique a été mise en place, concernant les « problèmes religieux et spirituels » afin de parvenir à intégrer des aspects culturels dans le système de classification psychiatrique (Turner et al., 1995). Des croyances religieuses considérées comme saines se distinguent des délires à contenu religieux sur la base de trois critères : 1) la description de l'expérience religieuse ou spirituelle du patient est reconnaissable comme étant une forme de délire, 2) d'autres symptômes de troubles mentaux sont identifiés à d'autres niveaux dans la vie du patient, 3) Le style de vie que mène le patient, ses comportements et ses projets s'inscrivent davantage dans la dynamique d'une trajectoire de vie liée à la pathologie mentale que d'une trajectoire de vie liée à un enrichissement personnel suite à l'expérience spirituelle ou religieuse (Sims, 1995).

3.7.3.3 *Coping spirituel et santé*

Le coping peut être défini comme l'ensemble des stratégies mises en place consciemment ou non par une personne afin de faire face aux difficultés qu'elle peut rencontrer au cours de son existence. Il s'agit de l'ensemble des mécanismes mis en place

par une personne pour parvenir à fonctionner de façon efficace au quotidien tout en maintenant un équilibre psychologique (Friedman et al., 1963, in Pargament, 1997). Le coping implique la dimension émotionnelle, cognitive, comportementale, somatique et relationnelle d'une personne. Pargament ajoute à ces dimensions l'idée de « recherche de sens », c'est-à-dire que dans cette tentative de gestion ou de maintien d'un équilibre, la personne va continuellement reconstruire un sens à ce qu'elle vit et aux événements auxquels elle est confrontée.

Comparée à des méthodes de coping séculaires, la religion et la spiritualité permettent d'apporter des réponses à la souffrance humaine liée à la finitude (Pargament & Brant, 1998). Il n'est donc pas surprenant qu'autant de personnes aient recours aux dimensions du sacré pour faire face à leurs difficultés. Des personnes souffrant de troubles psychotiques ont les mêmes besoins et passent par les mêmes questionnements existentiels que toute autre personne psychiquement saine. La plupart des études portant sur le lien entre spiritualité/religion et schizophrénie ont été entreprises durant les phases aiguës de la pathologie. Seul un petit nombre de chercheurs se sont penchés sur la question des effets du religieux et du spirituel chez des patients stabilisés, chez lesquels la question du coping peut réellement être abordée. Même si durant certaines phases aiguës de la maladie le religieux peut faire l'objet de distorsions – comme toute autre croyance – cela n'implique pas que chez ces patients, le rapport au religieux à d'autres moments de leur existence soit forcément le produit de distorsions délirantes (Swinton, 2001). Les études montrent qu'une grande importance est accordée au religieux/spirituel dans des populations psychotiques (Kroll & Sheehan, 1989 ; Kirov et al., 1998 ; Tepper et al., 2001 ; Pieper, 2004). A Londres, 61% de patients souffrant de psychose utilisent la religion parmi les stratégies qu'ils mettent en place afin de faire face aux difficultés liées à leur maladie et 30% d'entre eux rapportent avoir vu leur foi augmenter suite au déclenchement de la pathologie. Le coping spirituel est associé à une meilleure qualité de vie subjective et à une meilleure adhérence au traitement ainsi qu'à la prise des médicaments (Kirov et al., 1998). Les patients souffrant de schizophrénie présentent une grande vulnérabilité au stress (Lalonde, 1999). La fonction du religieux dans des situations de vie stressantes a été étudiée dans différentes populations. Au travers d'une méta-analyse, des formes de coping religieux positives (dans la mesure où elles permettent de faire face aux difficultés), des formes de coping religieux négatives (dans la mesure où elles sont nocives) et des formes de coping religieux mixtes (contenant les deux aspects) ont pu être mises en évidence. Cependant, il n'a pas encore été possible de déterminer quelles étaient les circonstances de vie où le

coping religieux s'avérait le plus efficace (Pargament & Brant, 1998). Des formes positives (efficaces) de coping religieux peuvent prendre la forme d'un support spirituel ou encore d'une collaboration – à travers la perception d'un support, d'une relation sociale, familiale ou romantique, la perception d'une guidance divine – d'un support communautaire ou encore à travers le fait de construire un nouveau sens aux événements perçus comme dramatiques puisés dans le religieux – par exemple attribuer les événements vécus à la volonté divine, la croyance en un Dieu aimant, etc.. En général, des formes négatives (nocives) de coping religieux peuvent être mises en lien avec des mésententes avec Dieu ou la communauté religieuse à laquelle appartient la personne, ou encore avec une construction de sens négative empruntée au religieux, par exemple la punition divine. Des formes de coping religieux à conséquences mixtes correspondent en général au recours à des rituels religieux, pratiqués pour arriver à faire face à une crise, qui risque de mener certains patients au refus du traitement psychiatrique. Ce type de coping peut être en lien avec des attitudes (c'est-à-dire où la personne se sent elle-même comme l'acteur qui détient le contrôle et mobilise sa responsabilité), avec des attitudes de « deffering » (c'est-à-dire où la personne s'en remet complètement à un contrôle extérieur, par exemple Dieu), ou encore avec des attitudes de collaboration (où la responsabilité et le contrôle sont partagés).

Les études de l'effet du religieux sur la schizophrénie soulèvent des aspects très positifs comme des aspects très négatifs. Le recours au religieux/spirituel peut mener à des comportements très violents et au refus du traitement psychiatrique, tout comme il peut représenter l'accès à des ressources importantes pour faire face à la maladie au travers du soutien offert par la communauté religieuse à laquelle appartient la personne ou encore à travers une meilleure capacité à reconstruire une image positive du soi et de la dignité humaine. Il est nécessaire de considérer la relation individuelle qui s'établit entre chaque personne souffrant de troubles psychiques et son recours au religieux. Selon le chercheur Kehoe, la religion n'est pas seulement une dimension importante pour les patients psychotiques mais aussi pour le champ même de la psychiatrie. Le fait de prendre en compte la dimension religieuse et spirituelle dans le traitement des patients selon Kehoe permettrait dans certains cas de réduire considérablement les symptômes et de soutenir le processus de coping en évitant d'exclure des ressources auxquelles un patient peut éventuellement vouloir avoir recours. Il s'agit au fond de soutenir le processus de guérison en aidant le patient à mobiliser davantage certaines de ses ressources. La religion et la spiritualité ne peuvent pas, selon Kehoe, être réduites à des mécanismes biologiques

(fonctionnement du cerveau), des mécanismes psychologiques (psychopathologie et processus de coping), ou encore à des mécanismes sociaux (contexte culturel et support social). Pour la personne qui est croyante ou/et pratiquante, le religieux et le spirituel appartiennent au champ du sacré. Ainsi des professionnels de la santé mentale, qui souhaitent prendre en compte ces dimensions dans leurs pratiques, doivent respecter la diversité des croyances et pratiques des autres et doivent prendre conscience du risque de prosélytisme dans leur contact aux patients (Kehoe, 1999). Cela implique de prendre conscience de leur propre position quant à la spiritualité ou la religiosité (Sims, 1999).

Il est intéressant de remarquer que de nombreuses études ont montré qu'il existe des relations positives entre la religion et la santé physique et mentale. Les mécanismes sous-jacents peuvent être d'ordre comportemental (style de vie sain), psychologique (espoir, stratégies pour faire face à la maladie) et sociaux (soutien de la communauté religieuse). Dans les recherches sur la psychose, la religion a surtout été étudiée sous son aspect pathologique. Or, de nombreux patients s'appuient sur leurs ressources spirituelles pour faire face à la maladie. Une recherche effectuée récemment aux Hôpitaux Universitaires de Genève a montré que la religion a des effets positifs sur un grand nombre de patients souffrant de schizophrénie. La religion influence plus spécifiquement l'image de soi, les symptômes, l'adaptation psychosociale, la toxicomanie, les tentatives de suicide et l'adhérence au traitement. Cette étude permet d'explorer les différents niveaux de coping religieux utilisés entre autres dans l'optique de faire face à toute une partie de la symptomatologie positive de la psychose tels que les hallucinations et les délires. Au niveau méthodologique, cette recherche a permis de mettre en place une grille d'entretien semi-structurée destinée à évaluer les relations entre religion et coping. Dans la mesure où il n'existe pas de consensus autour des définitions des termes « spiritualité » et « religion », les chercheurs ont adopté une définition globale de la religion qui comprend à la fois la spiritualité comme un certain rapport à la transcendance et la religiosité dans ses dimensions comportementales, sociales, doctrinales et de dénominations spécifiques (Mohr et al., 2006).

Il est temps de conclure cette première partie, dans laquelle, nous avons présenté la schizophrénie, en retraçant l'historique du concept, la nosologie, l'épidémiologie et la catégorisation psychiatrique actuelle. Nous avons ensuite présenté différents modèles de psychopathogénèse et montré en quoi ils sont indispensables pour la compréhension des

dynamiques psychiques propres à la schizophrénie et en même temps comment ils se complètent l'un l'autre. Nous nous sommes alors penchés sur le lien entre religion et schizophrénie pour mieux comprendre comment a été conceptualisé le coping spirituel chez des personnes stabilisées souffrant de schizophrénie. En effet, les études scientifiques montrent que le religieux/spirituel est une ressource importante, spécifiquement dans cette population, et que les processus sous-jacents de ce type de coping méritent d'être davantage examinés. Cela nous mène à présent à introduire le lecteur à la seconde partie de cette étude. Celle-ci consiste à présenter le modèle scientifique auquel nous avons recours à la fois dans la conceptualisation de cette étude et dans l'analyse des données.

**DEUXIEME PARTIE : THEORIE ET ETUDES SUR
L'ATTACHEMENT, LA PSYCHOSE ET LE COPING
SPIRITUEL**

4 THEORIE DE L'ATTACHEMENT : HISTORIQUE, CONCEPTS ET ETUDES

4.1 Historique de la théorie de l'attachement

4.1.1 Conjonctions historiques

L'ouvrage de Jean-Jacques Rousseau, *Emile ou De l'éducation*, sorti de presse clandestinement le 9 juin 1762, fit l'objet d'un arrêt du parlement qui condamna son auteur à être brûlé et lacéré. Rousseau, que l'on cherchait à arrêter, prit la fuite pour sa ville d'origine : Genève. L'*Emile* va cependant marquer l'histoire et la pensée des mœurs éducatives dans la culture occidentale.

La pratique du placement en nourrice et la dévalorisation du maternage sont alors très courantes durant le XVIII^{ème} siècle. Le recours à des nourrices mercenaires reflète avant tout un système de valeurs aristocratiques dans lequel la maternité et l'allaitement sont considérés comme dégradants. Les nourrices mercenaires provenaient, elles, de milieu moins favorisés que les enfants dont elles s'occupaient. La prise en charge de ces enfants aristocrates représentait pour une grande majorité d'entre elles, leur source de revenu principale. Cependant, ces jeunes mères ne parvenaient souvent plus à nourrir leurs propres enfants et se retrouvaient contraintes de les abandonner. L'abandon augmente alors de manière importante durant le XVIII^{ème} siècle, comme une conséquence indirecte du placement.

Dans ses ouvrages, tels que *Le contrat social* et *l'Emile*, Rousseau souligne l'importance de la famille en terme de « ciment naturel » dans l'éducation des enfants. Comme il discute longuement le rôle de l'amour maternel dans le développement de l'enfant, on lui attribue souvent le fondement de la famille moderne. Selon Rousseau, la famille serait la plus ancienne de toutes les sociétés (Rousseau, 1762). Dans un premier temps, les idées de Rousseau s'opposent principalement aux valeurs aristocratiques, mais vont rapidement se généraliser à toutes les couches de la population. C'est le 13 juillet 1793 que Maximilien de Robespierre va présenter à la convention le « Plan d'Education nationale » rédigé par Michel Lepelletier (Poperen, 1957). Une revalorisation de la maternité et du maternage en découle. La convention insiste sur le besoin « naturel » de l'enfant jusqu'à l'âge de cinq ans, de pouvoir bénéficier des soins maternels. Le texte va mettre l'accent sur la nécessité pour l'enfant de moins de cinq ans, d'une attention si minutieuse

que seules les mères peuvent s'en occuper convenablement. Selon cette convention, la loi veut « donner aux mères encouragement, secours, instruction ; les intéresser efficacement à allaiter leurs enfants... ». Ici vont se profiler progressivement les idées-clés de la famille moderne concernant la valorisation de la « privacité » du lien mère-enfant et la responsabilisation des pouvoirs publics en ce qui concerne la promotion et la protection de cette privacité. En Europe la plupart des pays pratiquent depuis une politique d'encouragement et de protection de la maternité, dont les allocations familiales constituent une matérialisation. Le mouvement du retour de l'enfant au foyer familial et de l'allaitement maternel culmine au XIX^{ème} siècle, où vont également se multiplier les ouvrages moralisateurs mettant en garde les mères contre la tentation de l'allaitement mercenaire. Au niveau des représentations de l'enfant, il ne semble pas y avoir un type unique de représentations à une époque donnée, mais plutôt une coexistence de plusieurs systèmes de valeurs reflétant les intérêts et enjeux entre les différentes classes sociales. « Geneviève Delaisi de Parseval et Suzanne Lallemand résumant avec humour l'évolution des représentations du bébé de manière suivante : de l' « encombrant nourrisson » de l'Ancien Régime, on est passé successivement par les épisodes du « charmant bébé » rousseauiste, du bébé destiné à repeupler les pays et armée en guerre, du bébé « qu' il faut dresser » (le bébé de la puériculture et de l'apogée du discours médical sur la maternité, au milieu du XX^{ème} siècle), du « merveilleux bébé » et de sa « divine maman , du « bébé prophète », lorsque ce n'est pas du « fœtus prophète » (et de ses parents disciples) de la fin du XX^{ème} siècle. » ». (Pierrehumbert, 2005, p. 26)

Dans son ouvrage *le premier lien, théorie de l'attachement*, le psychologue clinicien et chercheur Blaise Pierrehumbert énumère un certain nombre de changements qui ont eut lieu durant le XX^{ème} siècle dans la société occidentale et qui expliquent la croissance de l'intérêt porté aux études sur le développement de l'enfant et le rôle du maternage. Parmi ces changements, il mentionne la maîtrise presque complète de la conception, la nucléarisation des familles qui place au centre l'enfant comme principale source affective des parents, l'accès des femmes aux carrières professionnelles et l'amélioration considérable des conditions de vie. Ces transformations expliquent certainement en grande partie l'intérêt porté aux représentations de la « parentalité » ainsi qu'aux émotions liées à l'enfantement. En 1958 paraissent deux articles qui influencent considérablement le monde scientifique, mais également les représentations populaires à ce sujet. Il s'agit d'une part de l'article de John Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais, intitulé : *The nature of the child's tie to his mother* (Bowlby, 1969) où il expose les

premiers fondements de sa théorie de l'attachement, et d'autre part, de l'article de Harry Harlow, psychologue et éthologue américain, intitulé : *The nature of love* (Harlow, 1958) où il publie ses observations sur la déprivation maternelle chez les singes macaques rhésus. Au fond comme nous le verrons plus loin, il s'agit là de deux champs d'étude très différents mais dont les conclusions convergent – à savoir la proximité physique avec la mère ou son substitut et sa disponibilité affective remplissent un besoin primaire du petit être vivant. Dès lors, la satisfaction de ce besoin est considérée comme essentielle au développement mental et affectif sain de l'enfant et à l'éclosion de sa sociabilité. Jusqu'alors, l'importance de la proximité physique avec la figure maternelle n'était aucunement reniée, mais était alors considérée comme secondaire par rapport au besoin alimentaire. Ces deux articles introduisent ainsi un changement de paradigme qui entraîne la conception la plus courante encore aujourd'hui selon laquelle, la tétée joue avant tout un rôle affectif (Pierrehumbert, 2005).

4.1.2 Le contexte clinique et scientifique

L'intérêt scientifique porté aux effets de la carence affective chez les nourrissons augmente suite à la deuxième guerre mondiale. Les observations les plus célèbres sont probablement celles de René Spitz, médecin et psychanalyste d'origine autrichienne. René Spitz a exercé à Vienne puis à Budapest avant d'émigrer aux Etats-Unis avant la deuxième guerre mondiale. Il s'est penché sur le développement de l'enfant en qualité de chercheur et de psychanalyste. En 1946, il a observé 123 nourrissons, âgés de 12 à 18 mois, placés dans une « pouponnière ». Il s'agissait de la « pouponnière » d'une institution pénale où étaient emprisonnées de jeunes femmes délinquantes. Spitz décrit combien les règles d'hygiène étaient soigneusement respectées dans cette pouponnière. Il rapporte également que l'institution était située dans un parc, un peu à l'extérieur de la ville et que les lieux étaient agréablement ensoleillés. Il souligne que la nourriture des nourrissons était abondante et variée. La seule carence qui s'imposait aux enfants, selon lui, était de l'ordre relationnel. Il va identifier chez ces bébés, la présence de symptômes dépressifs. Au départ lors d'une séparation prolongée de la mère, les nourrissons se montrent pleurnicheurs et recherchent la proximité de l'observateur. Après un mois, ces pleurs se transforment en gémissements plaintifs et le bébé commence à perdre du poids, ce qui marque un arrêt dans le développement. Plus tard encore, après environ deux mois, le bébé reste à plat ventre dans son berceau, refuse tout contact, ne dort plus et est sujet à diverses maladies susceptibles d'entraîner sa mort. A partir de là, les bébés ont tendance à se montrer

léthargiques. Spitz parlera de « dépression anaclitique » du nourrisson. Il s'agit au fond de la manifestation clinique d'une souffrance liée à la carence affective des bébés séparés de leur mère durant le sixième et le huitième mois de leur vie. Ses études montrent que la dépression « anaclitique » est réversible lorsque la séparation ne se prolonge pas au-delà de trois à cinq mois. Cependant, si la séparation se prolonge au-delà, l'arrêt dans le développement cognitif et moteur du bébé peut entraîner une détérioration définitive du système nerveux. Dans le second cas de figure, René Spitz parlera d'« hospitalisme » comme une conséquence grave de la dépression anaclitique. Or, ces signes de dépression suite à une séparation d'avec la mère durant le second semestre de vie, ne se manifestent que chez les enfants ayant bénéficié d'une relation saine et chaleureuse avec leur mère durant le premier semestre. Les enfants qui n'ont pas eu de relation positive durant le premier semestre de vie, ne montrent pas de signes de dépression aussi intenses. Au fond, les travaux de Spitz révèlent que la rupture avec la figure maternelle est d'autant plus dévastatrice si la relation était préalablement saine et positive. Spitz et ses successeurs tels que les chercheurs George Brown, Tirril Harris et Antonia Bifulco (1986; 1990) en Angleterre soulignent l'importance de la construction d'une relation positive et chaleureuse durant la première année de vie comme facteur de résilience future, au travers de la mise en place d'« organisateurs psychiques » qui permettront à une personne de développer des relations proches et riches tout au long de leur vie. Par ailleurs à la même époque, René Spitz montre que l'établissement d'une relation va s'opérer au travers de différentes phases dans le développement du bébé qu'il nommera les « organisateurs du psychisme » (Spitz, 1947, (1968)).

Parmi les étapes du développement relationnel, rappelons brièvement, les deux premiers « organisateurs du psychisme ». Entre deux et six mois, l'enfant ne sourit pas encore aux visages familiers, mais à ce que Spitz appelle une « bonne forme ». Il s'agit d'une forme qui rappelle le visage humain. L'enfant n'aurait alors pas encore de relation privilégiée, mais disposerait là d'un « pré-objet » ou d'un schéma déclencheur indépendant des apprentissages ou renforcements par le plaisir lié aux soins. Ces observations seront confirmées par les études de Fantz, Mauer et Sapateck au début des années soixante. Ces chercheurs postulent que ces comportements feraient partie d'un répertoire comportemental inné, qui a pour fonction l'obtention de soins et la proximité des figures parentales. Au début du second semestre de vie, apparaîtraient des réactions sélectives aux visages familiers. Les psychanalystes parlent alors du second « organisateur psychique » correspondant à la formation d'une relation d'objet. René Spitz parlait plus spécifiquement

de l'acquisition de l' « objet total ». Même si des travaux plus tardifs ont pu montrer que l'enfant différencie les adultes bien plus précocement que ce que pensait Spitz, ses observations restent très intéressantes, dans la mesure où elles mettent l'accent sur deux éléments que l'on retrouvera plus tard dans la théorie de l'attachement. D'une part, le bébé lorsqu'il naît dispose de manière innée ou acquise de tout un répertoire de comportements assurant sa survie en lui permettant de mobiliser ses figures parentales pour obtenir des soins. D'autre part, l'un des premiers apprentissages du nourrisson consiste à établir une relation privilégiée avec une figure parentale. Lorsque René Spitz parle du second « organisateur psychique », on retrouve un certain nombre de similitudes avec le concept plus tardif du « schéma interne opérant ». En d'autres termes, cet apprentissage structure les suivants et est ainsi responsable d'un fonctionnement psychique à partir duquel les notions de sécurité, de survie et de bien-être reposent chez l'être humain avant tout sur la satisfaction de la dimension relationnelle (Pierrehumbert, 2005).

4.1.3 L'Héritage de la psychanalyse et de l'éthologie

John Bowlby est issu d'une famille britannique intellectuelle aisée. Le père de John, Sir Anthony Bowlby est médecin et chirurgien aux services des rois Edouard VII et George V. Les informations dont on dispose sur la famille de Bowlby, dévoile une famille qui apparaît comme étant très structurée et peu ouverte à la communication des émotions. John naît en 1907 et est principalement pris en charge par une nourrice (nanny) dans la maison familiale. La relation de la mère de Bowlby à sa famille d'origine est restée très intense, cependant les contacts entre John et sa mère sont rares. A l'âge de huit ans, il entre dans un internat, où il est séparé de sa famille et de sa nourrice. Robert Karen, célèbre théoricien de l'attachement, note que Bowlby ne semble avoir eu de relations heureuses avec aucun de ses parents. A la fin de sa scolarité, avant d'entamer ses études de médecine, Bowlby prend un travail temporaire dans une institution progressiste pour enfants mal adaptés (Karen, 1998). Bowlby mentionne plus tard avoir eu, déjà à ce moment-là, l'intuition d'une connexion entre une déprivation relationnelle durant l'enfance et le développement d'une personnalité incapable d'établir un lien. Durant ses études de médecine à l'University College de Londres, dans l'optique de se former à la pédopsychiatrie, John Bowlby commence une analyse avec Joan Rivière, psychanalyste kleinien. A la fin de sa formation de psychanalyste en 1937, Bowlby poursuit sa formation chez la célèbre Mélanie Klein chez qui il entre en supervision. Pendant les années de l'avant-guerre, il travaille à l'hôpital Maudsley et à la Children Guidance Clinic en

pédopsychiatrie. Le quartet formé d'Anna Freud, Mélanie Klein, Donald Winnicott et John Bowlby va profondément marquer l'évolution de la psychanalyse. Des désaccords théoriques et des différences importantes de personnalités expliquent ensuite leur différenciation réciproque (Pierrehumbert, 2005).

Bowlby partage l'intérêt que porte Anna Freud aux conséquences des séparations et à la qualité de l'environnement émotionnel de l'enfant. Il se mobilise assez rapidement sur la question de l'interdiction faite aux parents de visiter leur enfant hospitalisé. Un conflit autour du réel et du fantasmé se met en place entre Bowlby et Klein. Cette dernière étant convaincue que seule la séparation fantasmée entraîne un quelconque traumatisme et non la séparation réelle (Karen, 1998).

La question du « réel » et du « fantasmatique » est une question centrale. La psychanalyse a introduit l'idée que les troubles de l'adulte peuvent trouver leurs origines dans l'enfance et plus particulièrement dans l'interaction parents-enfants. Cependant, elle a toujours abordé l'enfance au travers de l'analyse de l'adulte. Il a donc toujours été question de la relation enfant-parents telle qu'elle est fantasmée par l'adulte. Les psychanalystes ne se sont jamais vraiment penchés sur l'étude des conditions réelles, des interactions effectives, c'est-à-dire sur ce que l'on appelle aujourd'hui la « parentalité ». Dans la première formulation théorique de la théorie du trauma par Freud, ce dernier attribue une certaine importance aux évènements réels. Selon cette théorie, une attitude séductrice d'un parent durant l'enfance peut au travers d'un afflux d'excitation à l'adolescence occasionner un refoulement massif qui provoque alors l'apparition de symptômes névrotiques. Or déjà en 1887, Freud abandonne la théorie du traumatisme de la séduction pour la remplacer par la théorie de la sexualité infantile. Cela, suite à la découverte du complexe d'Œdipe dans le courant de son autoanalyse. Freud explique alors que selon lui, l'inconscient ne peut distinguer les évènements réels des évènements fictifs. On reconnaît, encore dans le DSM IV, l'importance des « faux souvenirs » comme pouvant faire partie d'un trouble dissociatif de l'identité. Cette question a joué un rôle particulièrement important dans la question des abus sexuels durant l'enfance, auxquels on a accordé un grand intérêt à partir des années 80 (Pierrehumbert, 2005).

Dans la seconde version de la théorie freudienne, les pulsions de l'enfant sont premières. Elles sont au départ sans objet et utilisent les besoins de l'organisme, tels que la faim, pour s'exprimer. Freud disait alors que les pulsions s'étaient sur ces besoins. La personne qui dispensera les soins à l'enfant constituera progressivement l'objet de ces

pulsions (Freud, 1909/1991). Au départ, cette personne ne représentera qu'un objet fragmenté et partiel, qui plus tard pourra être reconstruit comme un objet chaleureux ou encore aimant. Mélanie Klein rejette l'idée selon laquelle il existe des pulsions libres indépendamment d'un objet. C'est la première qui va lancer l'idée d'une « relation d'objet » qui va influencer au fond toute la British Psycho-Analytical Society. Même si pour Mélanie Klein, il n'a toujours été question que d'un objet fantasmé et non réel, c'est autour de la question de la pulsion et de la relation d'objet, à savoir ce qui est premier dans le développement de l'enfant, que se joue toute la division profonde entre kleinien et freudien. Elle dit à ce sujet : « L'analyse de très jeunes enfants m'a appris qu'il n'y a aucun besoin instinctuel, aucune situation d'angoisse, aucun processus mental qui n'implique des objets, externes ou internes ; en d'autres termes, les relations d'objet sont au centre de la vie émotionnelle. (Klein, 1952 citée par Pierrehumbert, 2005, p. 64).

Dans le paysage de la psychanalyse en Europe jusqu'à la deuxième guerre mondiale, s'affronteront les disciples freudiens aux côtés d'Anna Freud et les kleinien. Les psychanalystes tels que Balint, Fairbairn ou encore Bowlby, que Holmes nomme les « indépendants », demeurent incapables de choisir leur camp entre Anna Freud et Klein. Ainsi, cette crise aura pour conséquence le démarrage du mouvement autour de la « relation d'objet » et représentera pour Bowlby une réelle incitation à créer sa propre théorie. Ainsi, Fairbairn suggère que « L'homme est par nature plutôt en quête d'objet qu'en quête de plaisir ». (Widlöcher et al., 2000, p. 14). Donald Winnicott et John Bowlby partagent alors le même analyste (Joan Rivière) et le même superviseur (Mélanie Klein). Tous deux partagent l'opinion d'Anna Freud selon laquelle Mélanie Klein ne tient pas assez compte de la mère réelle. Ainsi on comprend que l'intérêt de Bowlby pour les comportements parentaux effectifs ne pouvait que difficilement coexister avec la pratique psychanalytique, du moins sous la supervision de Klein. La rupture avec celle-ci et Joan Rivière sera assumée. Même si Mélanie Klein marquera profondément toute l'œuvre de Bowlby ainsi que de Winnicott, particulièrement autour de la reconnaissance d'ambivalence et de dépression chez l'enfant. Au début de la guerre, Bowlby va travailler comme psychiatre militaire. Après la guerre il est engagé à la Tavistock Clinic où il s'occupera de la mise en place d'un département de psychiatrie pour enfants. De 1956 à 1961, sous la présidence de Winnicott, John Bowlby est élu vice-président de la British Psycho-Analytical Society.

Bowlby, probablement insatisfait de la psychanalyse – particulièrement autour de la question de la relation effective entre parents et enfant – montre une grande curiosité

scientifique qui le poussera à s'intéresser à l'éthologie et à l'étude des comportements d'autres mammifères. Il a notamment exprimé sa grande fascination pour les travaux de Konrad Lorenz, qui portent précisément sur la relation effective entre le jeune et son parent (Pierrehumbert, 2005).

Ce dernier avec son expérience mondialement connue sur les oies cendrées a montré qu'une grande partie des comportements sociaux ne sont pas innés mais acquis. Le comportement comme la réaction de poursuite de la mère ou d'un substitut par le jeune oiseau (l'oie cendrée par exemple) est un comportement-réflexe, mais l'objet sur lequel il s'applique est acquis par l'expérience. Afin que puisse se produire cet apprentissage, l'objet doit à la base comporter un certain nombre de caractéristiques minimales qui déclenchent ce réflexe. L'utilisation de leurres possédant des caractéristiques exagérées peut renforcer la réponse de poursuite chez les jeunes animaux. On parle alors du processus d'empreinte. Une fois qu'un objet a déclenché une réaction de poursuite, d'autres objets, qui préalablement auraient pu provoquer une réponse de poursuite provoquent à l'inverse une réaction de fuite (Lorenz, 1965 traduction 1970). Ceci évoque l'angoisse du huitième mois décrite par le célèbre René Spitz chez le petit bébé. Selon Eckhard Hesse, la réponse de peur après la période critique de l'empreinte permet d'une part d'éviter que le jeune s'identifie à un autre animal et d'autre part permet d'augmenter le lien avec l'animal-parent (Pierrehumbert, 2005).

Un autre éthologue particulièrement connu pour ses travaux avec les macaques rhésus a encore davantage marqué l'avènement de la théorie de l'attachement. Harry Harlow, était professeur à l'université du Wisconsin à Madison et président de l'American Psychological Association. Accidentellement, Harlow doit séparer des jeunes macaques de leur mère quelques heures après leur naissance à cause d'une épidémie. Il observe alors que ces nouveaux-nés font comme des fixations sur des objets laissés dans leurs cages, tels que couvertures ou chiffons. Ces petits singes s'y cramponnaient et protestaient lorsqu'on essayait de les leur enlever. Harlow était très intéressé par les études de Spitz et décide alors de répéter l'expérience avec huit petits singes qu'il sépare de leur mère à la naissance. Il les place alors dans une cage en présence de deux substituts maternels. Il s'agit de deux mannequins imitant grossièrement des singes adultes, l'un en fil de fer avec un biberon donnant du lait et l'autre recouvert d'un linge doux mais ne disposant d'aucune source de nourriture. Les petits singes vont passer le maximum de temps auprès du substitut doux plutôt qu'auprès de celui qui permet de se nourrir. Concrètement, les petits singes préfèrent le doux à la nourriture et recherchent la proximité physique avec le substitut doux. Ces

expériences réfutent ainsi l'idée selon laquelle le lien serait le résultat d'un renforcement associé à la satisfaction de besoins. Particulièrement lorsque les singes sont effrayés ils vont se blottir contre le substitut doux et recherchent sa proximité. Ce n'est qu'une fois rassurés, qu'ils vont se lancer de nouveau dans l'exploration de leur environnement à la recherche de nourriture. Diverses variations de l'étude montrent qu'en l'absence du substitut maternel, les singes ne vont pas explorer leur environnement et demeurent dans des positions de prostration. On voit ici s'établir un lien entre la proximité du substitut et l'exploration. Or les singes élevés dans cette situation de carence maternelle et en présence de mères « non répondantes » n'évoluent pas positivement et présentent des difficultés de socialisation même à l'âge adulte. Dans les cas les plus graves, de petits singes se sont repliés dans une attitude de prostration ou manifestaient des comportements autoagressifs (Harlow, 1958). Ces comportements rappellent la « dépression anaclitique » décrite par René Spitz chez les bébés humains. Il peut paraître important de préciser ici qu'il n'est pas question de réduire l'être humain à l'animal. Des observations faites chez une espèce souvent ne peuvent même pas être généralisées à d'autres espèces animales. Cependant ce qui est très intéressant à retenir de ces travaux, est la méthode d'observation qu'ils proposent comme nouvelle possibilité d'envisager l'étude du comportement humain. Aussi, Bowlby semble avoir retenu de ces études que le lien, plutôt que de représenter une potentielle dépendance peut constituer une condition d'ouverture et de socialisation. La théorie de l'attachement permettra alors d'apporter une explication aux divers processus psychiques qui se produisent dans l'expérience précoce du lien entre l'enfant et ses personnes de soins et la manière dont ils vont influencer le développement ultérieur de l'enfant. On peut donc certainement considérer, que la théorie de l'attachement de John Bowlby est née de l'intégration des apports de la psychanalyse et de l'éthologie (Pierrehumbert, 2005).

4.2 Les concepts de Bowlby et l'avènement de la théorie de l'attachement

4.2.1 John Bowlby

Entre 1936 et 1939, Bowlby travaille comme pédopsychiatre à la Child Guidance Clinic. Durant cette période il entreprend une étude mise en place avec un plan d'expérimentation moderne incluant quarante-quatre jeunes délinquants âgés de six à seize ans et un groupe contrôle. Il constate que 40% des jeunes délinquants ont été séparés de

leur mère durant des périodes dépassant six mois lorsqu'ils étaient âgés de six mois à cinq ans. Selon Bowlby une grande majorité d'entre eux (70%) présentait un type de personnalité particulier alors appelé : « la personnalité dépourvue de tendresse ». Il s'agissait de jeunes qui au premier abord apparaissaient sociables, mais se montraient rapidement étrangement indifférents, détachés et peu réactifs à la punition. Pour le psychiatre et psychothérapeute Jeremy Holmes, la découverte de Bowlby offre une prolongation à l'étude de Spitz sur la carence maternelle. Il estime également que ces résultats vont mener Bowlby à se pencher sur la conception de Klein et Bion concernant l'importance de la mère comme « contenant » des pulsions agressives de l'enfant lorsqu'il va formuler les termes « exclusion défensive » et « confiance en soi compulsive ». En effet selon Klein et Bion, l'absence de contenant risque d'empêcher la fortification du surmoi – instance psychique freudienne fonctionnant comme une barrière morale intériorisée – responsable de l'émergence de la culpabilité et permettant l'inhibition des pulsions. Revenons aux concepts de Bowlby pour qui les termes « exclusion défensive » et « confiance en soi compulsive » représentent des processus adaptatifs face à l'absence de la figure parentale. Ces termes décrivent l'inconfort que manifeste l'enfant dans une situation relationnelle susceptible de provoquer une émotion suite à une séparation des figures parentales. L'enfant manifeste alors des attitudes de rejet et semble se replier sur lui-même pour gérer ses émotions de manière autonome. Au fond, ces concepts décrivent finement le drame même du traumatisme dû à la carence maternelle. Le retour de la figure parentale dont l'absence avait causé le traumatisme n'est plus réparateur (Pierrehumbert, 2005).

Une notion centrale dans la théorie de l'attachement est celle de la séparation. En 1946, lorsque Bowlby travaille à la Tavistock clinic, il fait un certain nombre d'observations, essentielles à l'élaboration de la théorie de l'attachement, concernant les différentes phases de séparation chez l'enfant. La première phase est celle de la « protestation » où l'enfant se montre effrayé et manifeste sa tristesse en pleurant et en hurlant. Durant cette phase, l'enfant lutte activement pour rétablir la proximité avec ses figures parentales à l'aide de comportements innés. C'est alors que s'installe le « désespoir ». Il s'agit là d'une réaction plus passive associée à la perte d'intérêt pour l'environnement et au refus de s'alimenter (Bowlby, 1969). Pierrehumbert dans son ouvrage intitulé *Le premier lien*, compare cette phase au concept de Seligman de l'« impuissance acquise ». Il s'agit d'un concept développé plus tardivement par un chercheur qui a tenté de décrire le comportement des animaux qui, ayant perdu tout

contrôle sur les événements, finissent par adopter une posture de prostration (Pierrehumbert, 2005). Selon Seligman et ensuite toute l'école cognitivo-comportementaliste ce phénomène est à la base d'un modèle de la dépression (Seligman, 1975 ; Fontaine et al., 2007). Finalement, l'enfant entre dans une phase de « détachement ». Les tentatives visant la recherche de proximité avec les figures parentales ont été mises en échec, l'enfant manifeste dès cette phase une grande indifférence affective. Il semble avoir intégré, à ce stade, qu'il ne faut pas attendre de réconfort de la part des autres. Le film intitulé « John » retrace l'histoire d'un petit enfant qui subit une séparation de ses parents. Il est expliqué que le petit garçon même de retour à la maison, montre encore des signes d'insécurité pendant des années (Robertson & Robertson, 1969). A cette époque, les enfants hospitalisés étaient séparés durant de longs séjours de leurs parents, qui n'avaient pas de droit de visite. Bowlby et Anna Freud sont préoccupés par la situation de ces enfants mais rencontrent peu de compréhension de la part du personnel hospitalier. Ils réclament alors le droit de visite aux parents dont les enfants sont hospitalisés et plaident pour les familles d'accueil à la place des institutions. Pour sensibiliser le public, ils lancent une campagne d'information durant laquelle ils publient les films tournés par James Robertson, lui-même psychiatre et psychanalyste engagé par Bowlby à l'époque. Ainsi, ces travaux vont fortement contribuer à l'amélioration des conditions dans les services de psychiatrie (Pierrehumbert, 2005).

Une autre notion fondamentale qui mène à l'avènement de la théorie de l'attachement est celle du « deuil ». Lors d'une séparation ou à la menace d'une séparation de la figure parentale, l'enfant éprouve une certaine tension et un sentiment de préoccupation, au niveau comportemental il manifeste une réaction de protestation et de colère. Selon Bowlby, il s'agit là d'une réaction considérée comme normale qui a pour fonction de prévenir la rupture de la relation ou de retrouver la proximité de la figure parentale lors d'une séparation. Cependant, dans certains cas, ce type d'angoisse que Bowlby qualifie d'« anxiété de séparation », peut être exacerbé et peut constituer une réaction pathologique. Bowlby et le célèbre psychiatre Colin Murray Parkes ont étudié en 1962 les réactions de deuil chez les adultes. Ils vont concevoir quatre phases de deuil qui reflètent en quelque sorte les phases de séparation – décrites ci-dessus – chez le petit enfant. Ainsi chez les adultes, la première phase de deuil est celle de l'« engourdissement » où la personne apparaît affectivement coupée de l'événement. La personne se montre alors calme jusqu'à ce qu'elle parvienne à se laisser aller à une réaction plus émotionnelle. Ensuite on parlera de la phase de « languissement » où la

personne ne peut plus échapper à la réalité de l'événement mais cherche toujours à s'en défendre. Elle aura tendance à rechercher la personne de manière compulsive, à se repasser en revue mentalement l'événement de façon obsessionnelle, toujours en cherchant une solution ou encore des coupables dans l'idée de réparer son mal. Souvent la personne manifeste alors une grande colère vis-à-vis de tous ceux qui viennent lui rappeler l'aspect définitif de la situation. C'est alors que la personne se laisse aller à la phase de « résignation » qui correspond à la phase de « désespoir » chez l'enfant. Il s'agit alors d'une période où la personne est en dépression parce qu'elle reconnaît la perte irréversible. Chez l'adulte tout comme chez l'enfant, on retrouve des sentiments de culpabilité toujours en lien avec l'objet perdu ou sa disparition. Dans le deuil sain, ces différentes phases sont nécessaires pour permettre à une personne d'atteindre une phase de « réorganisation mentale » où finalement de nouveaux investissements psychiques pourront se faire. Dans le deuil pathologique, à chacune de ces phases, une personne peut potentiellement rester coincée ne parvenant ainsi plus à atteindre la phase de la « réorganisation mentale » (Bowlby, 1973). Les travaux de Bowlby et James Robertson ont montré que chez les enfants, les deux types de deuil les plus fréquents sont l'évitement ou le désespoir excessif. Alors que l'évitement s'accompagnerait souvent de symptômes de somatisation, le désespoir excessif serait davantage accompagné de symptômes dépressifs voire parasuicidaires. Les travaux de Parkes montrent qu'il existe un lien entre l'anxiété de séparation durant l'enfance et le deuil pathologique à l'âge adulte. Au fond dans son étude rétrospective sur des cas cliniques, Colin Murray Parkes suggère que la présence de troubles de l'attachement dans l'enfance entraînerait chez l'adulte des difficultés d'attachement avec le conjoint. D'après lui, cela a pour conséquence que lors de la disparition du conjoint, la personne développe une forme pathologique du processus de deuil. Plus spécifiquement, lorsque les expériences d'attachement chez l'enfant auraient entraîné une restriction dans la capacité à faire confiance aux autres, à l'âge adulte on observerait une tendance à la minimisation du deuil. Cependant, lorsque les expériences précoces d'attachement auraient mené à un manque de confiance en soi, la personne adulte aurait alors tendance à exagérer le deuil. Il est important toutefois de préciser l'importance des circonstances uniques à chaque situation de deuil pour éviter toute généralisation abusive (Pierrehumbert, 2005).

Selon Bowlby, la « phobie scolaire » ou le « refus scolaire » serait l'expression d'un trouble de l'attachement. D'après lui, il s'agirait au fond d'une anxiété de séparation. Il répertorie quatre types de situations cliniques qui apparaîtraient en lien avec ce

symptôme. Tout d'abord, il y a la situation où les rôles familiaux sont inversés. C'est-à-dire que l'enfant représente une base sécurisante pour le parent. Ici, l'enfant ne pouvant abandonner le parent va manifester un besoin de maternage pour permettre à celui-ci de se materner lui-même par projection. En d'autres termes, l'enfant va éprouver la frustration du parent lors de la séparation et va répéter le comportement qui sera renforcé par le parent. Plus il demandera à ne pas être séparé du parent, plus le parent aura tendance à materner l'enfant. Toujours dans un processus de renversement des rôles, Bowlby propose un autre type de situation clinique ou au contraire l'enfant craint qu'il arrive quelque chose à son parent durant son absence. Ce type de phobies scolaires est plus fréquent lorsqu'un des parents souffre de dépression ou présente des idées suicidaires. Un autre type de situation clinique que décrit Bowlby est celui d'un enfant qui est préoccupé par sa propre sécurité en l'absence du parent. Comme nous l'avons mentionné préalablement, l'angoisse de séparation est considérée comme saine lors d'une séparation. Or selon Bowlby, il existe également une phase développementale en lien avec l'incapacité de l'enfant à se représenter le parent comme une personne dotée d'une certaine permanence, où se manifeste particulièrement la crainte de la séparation. L'hypervigilance et les attaques de paniques observées lorsque cette phase devrait être dépassée seraient alors l'expression d'une incapacité de l'enfant à désactiver les comportements d'attachement. Ce type d'« anxiété scolaire » serait souvent la conséquence de l'exposition de l'enfant à des événements traumatisants. Un quatrième type de situation clinique rapportée par Bowlby, serait celle où le parent est préoccupé par la sécurité de l'enfant durant son absence. Cette situation peut être mise en lien avec l'expérience d'un événement traumatisant chez le parent, comme par exemple la perte préalable d'un enfant ou encore la présence d'une maladie chez l'enfant en question (Bowlby, 1973). Mais ce type de phobie scolaire est également surreprésenté dans les familles dites « bastion » décrites par Jean Kellerhals. Il s'agit là d'un style familial caractérisé par le maintien de frontières rigides entre la famille et le monde extérieur et d'une attitude méfiante à l'égard de celui-ci (Pierrehumbert, 2005).

4.2.2 Les concepts de base de la théorie de l'attachement

Dans la trilogie intitulée « Attachment and loss » de John Bowlby, les bases conceptuelles de la théorie de l'attachement sont intégralement exposées. Nous proposons ici de nous en tenir à la présentation des principaux concepts.

Avant d'exposer ces derniers, il paraît nécessaire avant tout de distinguer « les comportements d'attachement » de la « fonction d'attachement ». Cette dernière est une

fonction adaptative au sens de l'évolution des espèces. Il s'agit avant tout d'une fonction de protection. Les comportements d'attachement ont, quant à eux, un but précis, celui d'assurer la survie. En d'autres termes, la survie du petit enfant dépend des soins qui lui sont prodigués par les adultes. Sa survie dépend dès lors des adultes. Les comportements d'attachement servent ainsi à maintenir la relation à l'adulte nécessaire à la survie. Bowlby utilisera la métaphore du lièvre qui court se réfugier dans son terrier, nécessaire à sa survie en cas de danger (Pierrehumbert, 2005).

Enfin, Bowlby a défini l'attachement comme étant un type de lien affectif que l'individu développe envers une personne privilégiée, dont il recherche la proximité dans une situation stressante. Ce lien est conceptualisé comme étant durable dans le temps et émotionnellement signifiant. Il est associé à un désir de proximité vis-à-vis de la figure d'attachement et entraîne une certaine souffrance lors d'une séparation involontaire d'avec cette figure (Bowlby, 1973, 1980 & 1982). La théorie de l'attachement postule que ce lien a pour fonction de créer une base sécurisante dans le développement de l'individu. Cette base permet à ce dernier de s'engager dans l'exploration de son environnement et de gagner progressivement son indépendance (Ainsworth et al., 1978). Les comportements d'attachement sont activés lorsqu'une personne fait l'expérience d'une certaine vulnérabilité liée à la fatigue, à la maladie, au stress, ou à toute forme de souffrance. Théoriquement les comportements d'attachement sont définis comme tout comportement résultant d'une tentative de rapprochement ou au contraire de distanciation d'un individu vis-à-vis d'une figure d'attachement (Bowlby, 1973, 1982). Les liens d'attachement se mettent en place au départ entre le nourrisson et les personnes responsables des soins et ont une grande influence tout au long du cycle de vie d'un individu (Bowlby, 1979).

Bowlby distingue quatre étapes dans le développement de l'attachement : avant deux mois, le bébé donne des comportements-signaux de façon indifférenciée, Bowlby parle alors de phase de « pré-attachement ». D'environ deux à sept mois, le lien d'attachement est en train de se mettre en place. Le bébé commence progressivement à distinguer les personnes et à pouvoir demander la proximité physique du parent. La substitution de la principale figure d'attachement est encore possible. Dès le septième mois se constitue le lien d'attachement avec la principale figure, qui est selon Bowlby non interchangeable. Les enfants manifestent activement leur désarroi lors de la séparation d'avec celle-ci. Dès trois à quatre ans, Bowlby parle de « partenariat ajusté ». C'est à partir de ce moment que l'enfant acquiert une certaine capacité à comprendre les désirs de l'autre dans la relation. Une forme de négociation va alors pouvoir se mettre en place pour

permettre la satisfaction des deux partenaires. Cette étape est cruciale dans le développement des capacités de communication et de négociations ultérieures. Au départ Bowlby considère que l'attachement au même titre que l'« emprunte » dans les études de Konrad Lorenz avec les oies, serait de nature monotropiste. C'est-à-dire que l'enfant n'établirait qu'une seule et unique relation. Plus tard, en 1969, il reconnaît alors l'existence d'attachements secondaires et envisage une hiérarchisation dans l'importance de chacune des relations d'attachement (Pierrehumbert, 2005).

4.2.3 Représentation de soi et des autres

Dans son premier volume d'« Attachement et perte » (1969), Bowlby a postulé que les interactions avec les premières personnes de soins dans la vie d'un individu influencent les représentations mentales que cet individu va se faire du soi en relation et les attentes qu'il va développer quant à la manière dont les autres se comportent en relation.

Ces modèles représentatifs ont été décrits au cours du XX^{ème} siècle par les approches cognitives et comportementales qui se réfèrent au concept de « schéma » ou de « modèles internes opérants ». Ces concepts décrivent comment au travers du processus d'apprentissage le psychisme humain parvient à développer une conception du monde, d'autrui et de lui-même à partir de ses expériences préalables (Fontaine & Fontaine, 2007). On suppose que ces schémas internes opérants, propres à chaque individu, influencent certaines fonctions cognitives telles que l'attention, les activités d'interprétation, la mémoire et représentent un prédicteur important des interactions interpersonnelles futures d'une personne (Cassidy et Shaver, 1999). Cela implique des éléments cognitifs tels que les croyances qu'une personne peut avoir vis-à-vis d'elle-même en relation, à savoir « est-ce qu'elle estime mériter l'attention des autres, et vis-à-vis des autres », « est-ce que ces autres sont dignes de confiance ? ». Ces schémas influenceraient également toute une série d'émotions activées lors d'expériences interpersonnelles telles que le bonheur, la peur et la colère (Pietromonaco & Feldman Barrett, 2000). Par exemple, si l'individu a fait l'expérience d'un parent distant et froid dans la petite enfance, son modèle d'un parent rejetant s'accompagnera d'un modèle de soi comme une personne qui ne vaut pas la peine d'être aimée. Dans le cas contraire, si l'individu fait l'expérience d'un parent procurant sécurité et soutien, son modèle d'un parent aimant s'accompagnera d'un modèle de soi comme une personne méritant d'être soutenue et aimée (Bretherton, 1990).

4.2.4 La théorie d'attachement et la psychanalyse

Au fond Bowlby a mis en évidence le déroulement d'un travail psychique lors de la séparation. Plus précisément, il identifie l'existence du processus défensif qu'est l'exclusion des affects. Il montre combien ce processus d'exclusion défensive des affects peut, suite aux expériences de séparation, devenir une caractéristique persistante du psychisme de l'individu. Du côté des neurosciences des travaux vont dans le même sens en soulignant l'idée d'une inscription dans le psychisme des expériences traumatisantes. Au fond l'expérience traumatisante aurait pour conséquence le dérèglement durable de certains systèmes cérébraux. Ces dérèglements peuvent entraîner ensuite tous les symptômes liés au stress post-traumatique tel que l'hypervigilance, l'irritabilité ou encore l'anxiété persistante.

Dans ses travaux sur l'attachement, Bowlby souligne l'importance de l'amour dans le développement d'un enfant et appuie l'idée que ce sentiment n'est pas un obstacle pour l'autonomie de l'individu mais au contraire la condition de cette dernière. Cela vient contredire les convictions de l'école behavioriste qui estime que l'amour risquerait de renforcer la dépendance. Au fond c'est la qualité de la relation, selon Bowlby, qui va permettre l'activation ou la désactivation des comportements d'attachement, ce qui est crucial pour le développement social ultérieur de l'enfant. « Il est important que l'enfant puisse exprimer des demandes, des peurs. Mais parmi les émotions « négatives » qui peuvent être activées chez l'enfant et que la présence du parent peut permettre de désactiver, il y a aussi l'ambivalence, la colère, la haine. » (Pierrehumbert, 2005, p.94). On retrouve ici l'idée du psychanalyste Wilfred Bion, selon laquelle les parents agissent comme contenant des émotions de l'enfant. Mais si les parents ne parviennent pas à jouer ce rôle de contenant, par exemple parce que les émotions de l'enfant ont un écho trop fort chez eux – écho qui remet en question leurs capacités – l'enfant va devoir réprimer ses émotions. Lorsque l'ambivalence émotionnelle est interdite à l'enfant il ne peut apprendre à réguler ses émotions. Souvent l'interdiction parentale est indiquée par la punition ou le déni de l'émotion de l'enfant, ce qui peut engendrer chez lui de la culpabilité, de l'angoisse voire des comportements auto-agressifs.

Peter Fonagy rappelle que les psychanalystes avaient bien reconnu l'importance de la formation de liens d'attachement. Or on peut se demander alors ce que la théorie de l'attachement apporte de plus à la psychanalyse (Fonagy in Cassidy & Shaver, 1999). Cela d'autant plus que Bowlby reconnaissait lui-même que le célèbre fondateur de la

psychanalyse Sigmund Freud attribuait déjà à la relation avec la mère un caractère unique, « une relation prototypique des relations ultérieures » (Pierrehumbert, 2005, p 94). Aussi Freud reconnaissait que cette relation contenait davantage pour l'enfant que la satisfaction associée à la nourriture. Sa fille Anna Freud, a elle-même milité aux côtés de Bowlby pour la cause des enfants hospitalisés, par inquiétude des effets de la séparation réelle.

Selon Pierrehumbert, parmi les psychanalystes, les groupes de la « relation d'objet » (Mélanie Klein, Wilfred Bion) et de l'« école britannique indépendante » (Winnicott, Fairbairn et Balint) sont ceux qui se rapprochent le plus de la théorie d'attachement. On retrouve également l'influence de Mélanie Klein dans l'œuvre de Bowlby qui reconnaît que la dépression existe déjà chez l'enfant. Les concepts de Donald Winnicott, qui avait partagé avec Bowlby le même superviseur et analyste, sont également proches de ceux de la théorie de l'attachement. Tout particulièrement l'intérêt qu'il portait à la qualité des soins maternels avec la notion de la « mère suffisamment bonne » fait écho aux idées de Bowlby (Pierrehumbert, 2005).

Cependant il existe une rupture bien réelle entre la théorie de l'attachement et la psychanalyse, mais cette scission semble se situer davantage à un niveau théorique. La psychanalyse considère que les pulsions et la sexualité sont primaires. Or pour Bowlby, ce qui est primaire est le besoin de relation. Pour la psychanalyse, la relation à la mère est plus complexe que la satisfaction apportée par la nourriture, mais cette fonction-là reste primaire (Bowlby, 1969). Il s'agit là, des pulsions d'« autoconservations » de l'individu – déjà décrites par Freud – sur lesquelles viennent s'« étayer » toutes les autres pulsions. Précisons que pour que la pulsion ne porte pas sur un objet spécifique, elle va emprunter un objet et un besoin. Ainsi, l'objet demeure une abstraction mentale. Dans la théorie de Bowlby, l'objet est un objet réel. Au fond Bowlby a rompu avec le concept de primat de la pulsion pour laisser la place à l'attachement. Ainsi, il réfute un point essentiel de la théorie freudienne, ce qui explique la déchirure entre la théorie de l'attachement et la psychanalyse. Il est intéressant de remarquer que cette rupture cependant, est perçue ainsi par les autres. Bowlby estimait être resté fidèle à Freud, non seulement dans sa recherche des sources de la maladie dans l'enfance mais aussi dans sa tentative de finalement ancrer la psychanalyse dans le champ des sciences de la nature (Pierrehumbert, 2005).

Finalement, comme le remarquait Serge Lebovici à un niveau plutôt méthodologique que conceptuel, il faut reconnaître que l'approche développementale – en

particulier celle de la théorie de l'attachement – propose une méthode prospective très intéressante (Lebovici, 1991).

4.3 Classification de la sécurité émotionnelle dans l'attachement

Les travaux qui ont permis à la théorie de l'attachement d'être complètement intégrée dans la psychologie du développement sont ceux réalisés par les deux psychologues et collaboratrices Mary Ainsworth et Mary Main. En effet, les observations en laboratoires entreprises dans le cadre de la procédure expérimentale connue sous le nom de la « situation étrange » (Ainsworth et al., 1978) apportent un certain nombre de données empiriques qui confirment la théorie de Bowlby. Ayant fait ses études à Toronto et s'étant spécialisée sur le test du Rorschach, Mary Ainsworth suit son mari en Angleterre, où va se mettre en place une longue collaboration avec John Bowlby. De nouveau en suivant son mari, cette fois-ci en Ouganda, Mary Ainsworth entreprend une étude de l'attachement chez 28 enfants dans leur milieu naturel. Dans une approche éthologique, elle va observer les réactions des enfants et des parents dans des situations de séparation. Ces résultats seront publiés en 1967 sous le titre : « Infancy in Uganda ». Durant cette étude elle a tenté de décrire s'il y avait un attachement ou pas et quelles en étaient les caractéristiques. De retour aux Etats unis en 1963, elle entreprend une étude d'observation où elle va suivre 23 familles depuis la naissance de l'enfant. Elle se déplace à domicile pour observer les soins et interactions en milieu naturel. Au fond elle vise à reproduire sa recherche d'Ouganda mais de manière plus contrôlée. Elle s'interroge sur l'universalité de l'attachement qu'elle avait observé en Ouganda. Dès 12 mois, elle commence à voir les enfants également dans une situation expérimentale afin de les observer dans un milieu non familial. Pour ce faire, elle va mettre en place le fameux setting de la « situation étrange » décrite pour la première fois dans une publication en 1969. Cette situation expérimentale permet d'observer la réponse comportementale d'un petit enfant à une séparation brève de sa figure d'attachement en laboratoire. Il s'agit d'un dispositif d'observation d'un scénario d'une vingtaine de minutes faites de séparations et de retrouvailles. Les comportements d'attachement sont activés de manière expérimentale en induisant un léger stress pour l'enfant au travers de la séparation d'avec sa figure d'attachement et au travers de l'introduction d'une personne non familière (Ainsworth & Wittig, 1969). Traditionnellement on distingue trois catégories d'attachement ou modèles de régulation émotionnelle : l'attachement sécure, insécure-évitant et insécure ambivalent. Un enfant placé dans la catégorie sécure a la faculté de se servir de sa figure d'attachement comme

base sécurisante pour explorer son environnement. Il est stressé par la séparation involontaire d'avec cette dernière mais parvient relativement aisément à être réconforté lors des retrouvailles (Weinfeld et al., 1999). Dans le cas d'un attachement de type évitant, les comportements sont constamment inefficaces dans la réaction qu'ils provoquent auprès de la figure d'attachement, c'est-à-dire que l'enfant ne se retrouve pas rassuré par cette dernière et apprend progressivement à inhiber ses affects négatifs. Dans le cas d'un attachement ambivalent, la réponse de la figure d'attachement est continuellement inconsistante, ce qui entraîne une exagération des affects négatifs par l'enfant afin de provoquer une réponse (Crowell & Treboux, 1995).

Des données expérimentales de plus en plus nombreuses convergent pour montrer l'existence de différences importantes entre les sujets sécures, insécures-évitants et insécures-ambivalents, au niveau de l'histoire relationnelle de la dyade parents-enfant durant la première année de vie. Un couple de chercheurs souligne en 1991, que la sécurité de l'attachement est favorisée lorsque les comportements du parent sont sensibles, prévisibles et ajustés à l'enfant ; le niveau de stimulation est alors adéquat et synchrone. L'insécurité de l'attachement serait liée à des comportements extrêmes du point de vue de l'implication parentale (sur- ou sous-investissement ; sur- ou sous-stimulation) (Isabella & Belsky, 1991). Toutefois, la correspondance exacte entre l'intensité, l'implication parentale et les deux catégories insécures (évitement et ambivalence) n'est pas très évidente (Pierrehumbert et al., 1996). Malgré la pertinence de ce système de codage des comportements d'attachement, plusieurs auteurs ont relevé qu'un certain nombre de cas entrainait difficilement dans la catégorisation proposée par Ainsworth. Mary Main, propose ainsi une nouvelle catégorie insécure dite désorganisée ou désorientée. Il s'agit d'enfants qui se figent dans une posture évoquant l'appréhension ou la confusion ; la séquence temporelle de leur comportement peut donner une impression de désorganisation. Plutôt que d'être alarmé par la situation, l'enfant se comporte comme s'il était effrayé par le parent lui-même. Mary Main suggère que les stratégies sont ici mises en échec (Main, Kaplan et Cassidy, 1985). C'est-à-dire que l'enfant ne parvient ni à s'approcher du parent, ni à s'en détacher. Il s'est avéré que les enfants présentant ces comportements – et parfois leurs parents – avaient subi des maltraitances (Zeanah & Zeanah, 1989).

Il est important de préciser que cette situation expérimentale ne mesure pas un style d'attachement propre à l'enfant, mais qu'elle décrit la qualité de la relation d'un enfant avec le parent avec lequel il est en situation expérimentale. En effet il y a généralement peu de correspondance entre les types d'attachement que l'enfant montre envers ses différentes

figures d'attachement. L'enfant peut ainsi être sécurisé par sa mère et anxieux avec son père ou inversement.

Par contre, les enfants d'une même fratrie ont été observés dans la situation étrange avec le même parent. Une de ces études, datant de 1988, réalisée par Mary Ward et ses collègues (1988) montre qu'il y a une correspondance entre le type d'attachement des frères et sœurs (57%). Dans une méta-analyse, le chercheur Marinus Van Ijzendoorn et ses collègues (2000) cumulent trois groupes d'enfants provenant de trois groupes de recherche. Au total sur cent trente-huit paires de frères et sœurs, ils trouvent une correspondance de 62% en ne considérant que la dichotomie sécure-anxieux. Les résultats montrent que la corrélation est plus forte lorsque les deux enfants d'une même fratrie sont du même sexe (68%). Une autre étude menée dans le cadre d'un Kibboutz en Israël montre qu'il y a une forte correspondance (70%) entre le type d'attachement des enfants à la même éducatrice (Sagi, 1995). Deux enfants ont donc de fortes chances de développer le même type d'attachement vis-à-vis du même adulte. Ces résultats sont très intéressants dans la mesure où on peut exclure ici la dimension de la parenté génétique. On peut en conclure que le type d'attachement est fortement influencé par les caractéristiques de l'adulte (Pierrehumbert, 2005).

4.4 Variables contextuelles et relationnelles déterminantes

4.4.1 Comportements parentaux

L'objectif à présent est d'étudier l'environnement relationnel dans lequel évolue le nouveau-né. Il s'agit d'examiner le comportement des futures figures d'attachement pour déterminer s'il existe des prédicteurs du type d'attachement qui sera mesuré plus tard dans la situation étrange. Comme mentionné préalablement, Mary Ainsworth a suivi un certain nombre de familles dès la naissance de leur enfant. À l'aide d'un ensemble d'échelles construites pour décrire les attitudes parentales, elle a montré que la sensibilité de la mère aux signaux de l'enfant est une caractéristique essentielle dans le développement d'un attachement sécurisé. Elle donne une définition relativement précise de la sensibilité de la mère comme : « La capacité de la mère à percevoir et interpréter de façon adéquate les signaux et les demandes implicites de l'enfant, et d'y répondre de façon appropriée et synchrone » (Ainsworth et al., 1978). Les mères d'un enfant placé plus tard dans la catégorie des enfants insécures montrent des difficultés d'ajustement. Parmi celles-ci,

Ainsworth relève par exemple « l'ignorance des signaux de l'enfant, le rejet de ses demandes, l'aversion du contact physique, le manque d'expression des émotions ou encore l'interférence dans les activités de l'enfant par des interventions inadéquates ou déphasées relativement aux activités, aux intérêts ou à l'humeur de l'enfant ». (Pierrehumbert, 2005, p. 122). Ainsi le débat au sujet de l'écoute ou de l'ignorance des pleurs de l'enfant trouve une réponse dans la conception de Mary Ainsworth. Elle associait la non-réponse à l'enfant au développement d'un attachement anxieux. Sous cet angle, la situation étrange serait l'expression des qualités de la relation entretenue entre l'enfant et la mère durant la première année de vie. Mary Ainsworth arrive à cette conclusion parce qu'elle n'a fait passer dans la situation étrange que les couples mère-enfant. De nombreuses études plus tardives vont observer des couples père-enfant, dans le même setting expérimental. Comme nous l'avons mentionné préalablement il faut retenir que le type d'attachement qui est mesuré dans la situation étrange n'est pas propre aux qualités de l'enfant, mais propre à la relation entre lui et le parent qui est observé avec lui dans cette situation expérimentale. Un grand nombre d'études postérieures confirme en effet l'importance de prédiction des attitudes parentales dans les réactions qu'aura l'enfant dans le dispositif de la situation étrange (Isabella & Belsky, 1991 ; Haft & Slade, 1989).

Les comportements et attitudes parentaux ont été décrits pour deux types d'attachement anxieux. Le parent d'un enfant ayant un attachement anxieux évitant tend plutôt à repousser les demandes de l'enfant. Il s'agirait davantage d'un climat de rejet émotionnel, par exemple sous forme d'un évitement de la proximité physique, d'un déni des émotions – tout particulièrement lorsque celle-ci implique une demande de réconfort. Ce déni peut prendre diverses formes, il peut se faire sur le ton de la moquerie ou de la rebuffade. Mais le rejet parental peut également prendre la forme d'une attitude de sur-contrôle parental visant la maîtrise et le désamorçage anticipé des demandes émotionnelles de l'enfant. Celui-ci face à l'invalidation ou au rejet de ses émotions, va petit à petit chercher à se montrer indépendant en évitant d'exprimer ses émotions ou en tentant d'en détourner l'attention. Cette réaction émotionnelle et comportementale de l'enfant sera intégrée de manière d'autant plus profonde et durable qu'elle est expérimentée dans une forte activation émotionnelle. Le parent d'un enfant ayant un attachement anxieux résistant, lui, se montre plutôt imprévisible. Le climat émotionnel est toujours entre le « pas assez » et le « trop ». Ce parent aura tendance à se montrer tantôt rejetant, tantôt surimpliqué. Ainsi, face à cette imprévisibilité, l'enfant apprendra qu'il doit exagérer ses demandes pour maintenir l'intérêt de l'adulte et trouver du réconfort. Indirectement,

l'enfant apprend que c'est en agissant sur les émotions de l'adulte qu'il va parvenir à réguler les siennes. Il ne s'agit là aucunement de l'apprentissage d'un comportement manipulatif mais d'une tentative désespérée de parvenir à réguler ses affects dans un état d'activation émotionnelle intense (Pierrehumbert, 2005).

4.4.2 L'attachement au père

Déjà avec Bowlby avait été évoquée l'idée d'une hiérarchie entre différents attachements et figures d'attachement dans le développement d'un bébé. Les travaux de Mary Main vont également dans ce sens en montrant que l'attachement au père a un pouvoir prédictif moindre que l'attachement à la mère dans le développement émotionnel de l'enfant. Lorsqu'on parle ici de développement émotionnel, on s'appuie sur la capacité de l'enfant à réguler ses émotions face à une image de séparation ou à l'anticipation d'une séparation. Quant à la variation entre les réponses des différents enfants, seuls 2% de la « variance » sont expliqués par la variable de l'attachement au père, alors que l'attachement à la mère en expliquait 30% (Main et al., 1985). Le psychologue et chercheur Michael Lamb (1977) montre que durant le second semestre de sa vie l'enfant, en milieu naturel, ne recherche pas davantage la proximité de la mère que celle du père, lorsqu'il n'est en présence que de l'un des deux parents. Par contre en présence des deux, l'enfant recherche davantage la proximité de la mère. Parallèlement, ce même chercheur a montré que devant les pleurs d'un nourrisson, hommes et femmes sont tout aussi activés émotionnellement et physiologiquement les uns que les autres. Il montre aussi que les différences qui ont été relevées sur ce point entre les sexes sont dues avant tout à une adaptation aux attentes sociales plutôt qu'à des différences dans la sensibilité intrinsèque au maternage. Un grand nombre d'études aussi montre qu'il n'y a que très peu de correspondance entre le type d'attachement d'un enfant à la mère et au père. Finalement, la qualité de l'attachement aux deux parents peut tout à fait différer. Des études ont montré que les enfants bénéficiant d'un attachement sécurisé aux deux parents sont avantagés dans leur développement par rapport à ceux n'ayant un attachement sécurisé qu'envers l'un d'entre eux. On peut retenir de cela que la théorie de l'attachement ne fait pas de distinction entre l'attachement à la mère ou celui au père en ce qui concerne la qualité de la relation. La théorie de l'attachement ne permet pas de dire s'il y a des spécificités dans les fonctions relationnelles propres à chacun des parents. En d'autres termes, elle ne permet pas de dire si une bonne relation au père doit forcément ressembler à ce qu'est une bonne relation à la mère.

De nombreuses études plus tardives en psychologie du développement se sont penchées sur la question de la spécificité de l'apport paternel (Pierrehumbert, 2005). Raphael Miljkovitch et Pierrehumbert (2005) ont rédigé une revue traitant spécifiquement ce point. Ils notent qu'en général ces études ont identifié des différences dans les interactions mère-enfant et père-enfant. Ces études mentionnent également que les contextes d'échanges diffèrent, à savoir que selon le parent et en fonction de la répartition culturelle des rôles, les soins sont attribués à la mère et les jeux au père. En général, ce qui ressort de ces études est que le style d'échange diffère dans le jeu. Le père est plus actif, stimulant et physique, alors que la mère se place dans un rôle plutôt didactique en cherchant à capter l'intérêt de l'enfant à l'aide de jouets. Les jeux avec le père permettent à l'enfant de s'exercer dans sa gestion des relations avec les autres. Les études mentionnées montrent que déjà vers 5 mois, il existe un lien entre l'implication paternelle et la sociabilisation de l'enfant (Pedersen et al., 1979). D'autres chercheurs de l'équipe de Toulouse, comme Jean le Camus (1992 ; 1995 ; 2000) et Chantal Zaouche-Gaudron (2001), ont montré que le père joue un rôle important dans la sécurisation de l'enfant au niveau de la prise d'initiatives et de risques dans l'exploration du monde. Il est intéressant de noter que dans des contextes où les parents semblent avoir le même niveau d'implication, comme dans l'étude dans les Kibboutz du chercheur Michael Lamb, on retrouve les mêmes différences comportementales. Ces études vont davantage dans le sens d'un rôle parental complémentaire plutôt qu'interchangeable dans l'idée d'une mère de substitution. Cela nous indique également que le bébé a besoin tout à la fois de « « sécurisation », d' « invigoration » que d' « autonomisation » » (Pierrehumbert, 2005, p. 214). Ces études apportent de nouvelles données intéressantes quant à l'idée d'une complémentarité des rôles parentaux dans le développement du bébé, ce qui ne doit en aucun cas invalider la possibilité pour le père de représenter une base sécurisante sous forme d'une substitution maternelle, si celle-ci est défaillante (Pierrehumbert, 2005).

4.5 Controverses : attachement ou tempérament

Arrivons-nous au monde comme une table rase ou avons-nous un caractère prédéterminé ? Les premières traces que nous avons de ce débat, remontent à l'antiquité. Au V^{ème} siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate, considéré comme le père de la médecine, a posé les premières bases de la théorie du tempérament. Il proposait la théorie de l'équilibre entre les quatre tempéraments pour expliquer les différences interindividuelles. Sept siècles plus tard, Galien reprend cette théorie. Il parle du tempérament flegmatique, mélancolique,

colérique et sanguin. Ces idées sont reprises dans divers contextes culturels et historiques et par le premier psychologue ayant mis en place un laboratoire de psychologie, Wilhelm Wundt.

Dans les années 1920, Ernst Kretschmer défend un point de vue plus moderne, selon lequel il existe à la fois des traits constitutifs reliés à la morphologie et au système hormonal et des caractéristiques acquises au travers des influences de l'environnement (Pierrehumbert, 2005). Sigmund Freud accorde un rôle plus important à l'expérience dans le développement de la personnalité, dans la mesure où elle laisse une trace durable au niveau de l'inconscient (Freud, 1924-259). Le vieux débat philosophique entre l'inné et l'acquis intègre un enjeu éducatif au cours du XX^{ème} siècle avec l'avènement de la psychanalyse et de la psychologie développementale. De nombreux psychanalystes tels que Bettelheim et Bowlby ont effrayé plusieurs générations de parents – et plus particulièrement les mères – en les rendant responsables de tous les troubles psychiques et développementaux de leurs enfants. La théorie du tempérament naît en quelque sorte de l'opposition à cette idéologie. Ses théoriciens tels que Alexander Thomas, Jérôme Kagan ou encore John Bates, décrivent le tempérament comme un style individuel de réaction au milieu. Ce style serait relativement stable au cours de la vie et aurait des origines innées. Ici l'accent est mis sur les traits constitutifs de l'individu, mais l'influence du milieu n'est pas exclue pour autant. Alors que lors du fondement de la psychologie, l'étude du caractère et des traits innés de la personnalité était à l'avant de la scène avec des courants comme la morphopsychologie ou encore la physiognomie, on a observé durant le XX^{ème} siècle une quasi prohibition du concept de tempérament (Pierrehumbert, 2005). Aujourd'hui les études portant sur le tempérament, comme celles de Geneviève Balleyguier (1998) en France, remplacent ce concept par celui de « style émotionnel ». Selon Pierrehumbert, actuellement la plupart des chercheurs s'accorderait pour dire que le bébé vient au monde avec un certain nombre de caractéristiques propres qui seront renforcées ou atténuées au travers de l'interaction avec l'environnement. A ce stade, nous éviterons de retracer tout le débat de l'inné et de l'acquis, pour nous intéresser plus particulièrement aux origines du comportement d'attachement. Les théoriciens du tempérament défendent en effet l'idée selon laquelle les comportements d'attachement observés durant la situation étrange seraient plus le résultat d'un style émotionnel individuel inné que celui de l'histoire relationnelle entre l'enfant et le parent. Ces théoriciens considèrent également que le stress manifesté par l'enfant dans la situation étrange est le résultat d'une prédisposition biologique et n'est pas dû à une capacité à trouver de la sécurité auprès du parent. Ainsi, ils

auront tendance à penser que l'attachement de type inséure-évitant correspond en réalité à une bonne gestion du stress puisque l'enfant semble se débrouiller à première vue de manière autonome. A ce sujet, l'étude de Gottfried Spangler et l'équipe de Klaus Karin Grossmann à Regensburg (Spangler & Grossmann, 1993) vient valider les résultats de Mary Ainsworth et ainsi la théorie de l'attachement sur ce point. Ils refont l'expérience de la situation étrange en mesurant certaines données physiologiques telles que le rythme cardiaque et le niveau de cortisol durant la situation étrange. Les résultats montrent que les enfants classés par Mary Ainsworth comme étant anxieux-évitants manifestent indéniablement une forte tension liée à la séparation. On mesure chez ces derniers une augmentation du rythme cardiaque et du niveau de cortisol plus importante que chez les enfants classés dans la catégorie sécure. De plus, cette activation physiologique met plus de temps à se normaliser après l'expérience. Alan Sroufe (1985) et Ruth Weber (1986) proposent alors une nouvelle dichotomie – en plus de l'axe sécure et inséure – à prendre en compte dans la situation étrange : celle des comportements dits « proximaux » et « distaux ». Parmi les enfants ayant un comportement sécure, dans la situation étrange, certains enfants se contiennent et ne manifestent qu'un comportement à distance de la mère à son retour, par exemple en lui faisant simplement un sourire, une mimique rassurée ou encore au travers d'une vocalisation. On parlera alors de comportements « distaux ». D'autres enfants classés dans la catégorie sécure ont au contraire besoin d'un contact physique avec le parent lorsque celui-ci revient. On parlera alors de comportements « proximaux ». L'ensemble des enfants classés dans les différentes catégories est alors reclassé selon ces deux dimensions. Rappelons qu'il n'y avait pas de correspondance entre le type d'attachement d'un même enfant à ses deux parents. C'est-à-dire qu'un enfant pouvait parfaitement avoir un attachement anxieux à la mère mais sécure au père et vice versa ; l'un n'implique pas l'autre (Pierrehumbert, 2005). Or dans les études de Jay Belsky et Michael Rovine (1987) la présence d'un comportement « distal » envers l'un des deux parents prédit de manière significative un comportement « distal » envers l'autre des parents. Cela suggère que l'importance de la nouvelle dimension des comportements dits « proximaux » et « distaux », est davantage expliquée par des traits spécifiques à l'enfant que par son histoire relationnelle. Ainsi, dans son ouvrage Pierrehumbert en conclut que : « l'attachement et le comportement sont des facteurs indépendants, mais qui tout deux peuvent s'exprimer dans les comportements de la situation étrange ». Si la sécurité de l'attachement est bien associée à la qualité des soins parentaux, la façon dont l'enfant exprime sa sécurité (voire son anxiété) pourrait dépendre, en partie au moins, du

tempérament. Geneviève Balleyguier, complète ce point de vue intégratif en proposant l'idée selon laquelle potentiellement l'attachement influence la manière dont le tempérament va s'exprimer (Pierrehumbert, 2005).

4.6 La question culturelle et écologique

Nous pouvons et devons nous interroger sur la validité des observations faites en laboratoire. La théorie de l'attachement a été validée empiriquement par les études expérimentales de Mary Ainsworth. C'est dans le cadre de cette expérience qu'ont été développées les différentes catégories d'attachement qui représentent les bases de la théorie. Bowlby lui-même avait la prétention d'apporter une assise scientifique à la psychanalyse. On peut se demander si les comportements provoqués en laboratoire traduisent en effet quelque chose de l'ordre de la réalité psychique du sujet ou du couple parent-enfant hors contexte expérimental. Nous verrons dans quelle mesure la situation étrange offre une capacité de prédiction sur le développement ultérieur de l'enfant. Il semble donc légitime de s'interroger sur la validité scientifique, écologique et culturelle de ce dispositif.

Comme nous l'avons mentionné préalablement, la première étude de Mary Ainsworth a été réalisée en Ouganda où elle a observé le comportement des enfants en lien avec leurs parents dans des situations de séparation mais en milieu expérimental. C'est dans ce contexte qu'elle a élaboré les théories des différents types d'attachement. De nombreuses études ont repris le setting de la situation étrange, mais seul un petit nombre d'entre elles s'est intéressé à la variabilité interculturelle. La plupart de ces études a été réalisée dans des pays développés d'Occident. Quelques études seulement ont été réalisées dans d'autres cultures, comme par exemple dans un Kibboutz en Israël, au Japon et en Chine. Le théoricien de l'attachement et chercheur Marinus Van Ijzendoorn (1990) avait comparé 32 études provenant de différentes parties du monde. A l'origine, Mary Ainsworth (1978), dans une étude réalisée sur une population américaine de classe moyenne, avait trouvé une proportion moyenne de 66% d'enfants classés dans la catégorie sécure, 22% d'enfants placés dans la catégorie anxieux-évitant et 12% d'enfants placés dans la catégorie anxieux-résistants. Marinus Van Ijzendoorn a pu montrer que la proportion moyenne, selon les différentes catégories d'attachement qu'il avait trouvé, se superposait parfaitement aux proportions moyennes dans ces diverses études. Il est intéressant de noter que les variations de ces proportions étaient moins élevées dans les

comparaisons interculturelles que dans les différentes catégories socio-économiques dans un même pays. De manière générale, les études ont montré que les attachements de type anxieux sont plus nombreux dans les classes sociales défavorisées. Une réflexion sur ces résultats soulève la question de l'universalité de l'attachement et des catégories d'attachement. Or il est nécessaire de rappeler combien le concept de « mère » peut être différent selon le contexte culturel. Par exemple dans certaines cultures, l'enfant n'est pas élevé par une personne avec qui peut s'établir un lien privilégié, mais par tout un groupe de personnes. Dans ce contexte, la conceptualisation de la recherche de sécurité auprès d'une figure d'attachement par excellence comme condition pour un développement ultérieur sain, paraît profondément ethnocentrique (Pierrehumbert, 2005).

Des enfants d'une même fratrie ont été observés dans la situation étrange avec le même parent. Une de ces études, datant de 1988, réalisée par Mary Ward et ses collègues (1988) montrent qu'il y a une correspondance du type d'attachement entre frères et sœurs (57%). Dans une méta-analyse, le chercheur Marinus Van Ijzendoorn (2000) cumule trois groupes d'enfants provenant de trois groupes de recherche. Au total, sur cent trente-huit paires de frères et sœurs, il trouve une correspondance de 62% en ne considérant que la dichotomie sécure-anxieux. Les résultats montrent que la corrélation est plus forte lorsque les deux enfants d'une même fratrie sont du même sexe (68%). Une autre étude menée dans le cadre d'un Kibboutz en Israël montre qu'il y a une forte correspondance (70%) entre le type d'attachement des enfants à la même éducatrice (Sagi et al, 1995). Deux enfants ont donc de fortes chances de développer le même type d'attachement vis-à-vis du même adulte. Ces résultats sont très intéressants dans la mesure où on peut exclure ici la dimension de la parenté génétique. On peut donc supposer que le type d'attachement est fortement influencé par les caractéristiques de l'adulte (Pierrehumbert, 2005).

4.7 L'attachement adulte

4.7.1 Conceptualisation de l'attachement adulte et instruments de mesures

Pour aborder l'attachement adulte, nous commencerons par nous pencher sur le concept de « modèles internes opérants » tels que l'a pensé Bowlby. Dans sa trilogie intitulée « attachment and loss » il postule déjà l'existence d'une construction du psychisme à partir des expériences, qui viennent progressivement au cours du développement s'intégrer dans les acquis préalables qui se réorganisent en fonction. Il

décrit au fond l'existence d'un « processus d'intégration » et d'un processus d'« auto-organisation ». Ces concepts nous rappellent indéniablement ceux de Piaget, qui parlait de « schèmes d'actions », qui selon lui étaient organisés dans des ensembles logiques (Piaget, 1948). Selon Bowlby, les premières expériences relationnelles poussent le bébé à développer des attentes quant aux comportements et, progressivement, quant aux motivations de ses proches. Ces expériences seraient intériorisées sous forme de représentations et se réfèreraient à la disponibilité et la capacité des adultes de répondre aux besoins de l'enfant. Bowlby va plus loin en postulant que les expériences relationnelles avec les partenaires proches non seulement vont apprendre à l'enfant quelque chose sur les autres et les attentes qu'on peut avoir vis-à-vis d'eux, mais aussi sur lui-même. En d'autres termes, l'enfant va faire l'expérience de lui-même comme méritant d'avoir des soins, comme méritant d'être aimé, comme un être avec qui il est agréable de passer du temps ou l'inverse. « Les modèles internes seraient ainsi composés de deux modèles complémentaires, l'un de la figure d'attachement et l'autre de soi, dans les relations avec cette figure ». (Pierrehumbert, 2005, p. 257). Selon Bowlby – et plus tard les autres théoriciens de l'attachement – ces modèles internes opérants sont le résultat d'un apprentissage qui se fait progressivement au travers des premières expériences relationnelles. Cet apprentissage permet d'interpréter et d'anticiper le comportement des partenaires sociaux ainsi que de guider les attitudes de l'individu dans la relation. Les modèles d'attachement servent de guide progressivement réactivé dans la mémoire dans le contexte de situations relationnelles significatives tout au long de la vie, comme par exemple avec un partenaire amoureux ou avec son propre enfant. Selon Bowlby seules certaines dimensions formant le modèle interne sont directement accessibles à la conscience du sujet. Plus tard, il intègre dans sa théorie, la terminologie concernant l'organisation des systèmes de mémoire de Tulving (1987), selon laquelle l'individu intégrerait l'information de nature autobiographique sur deux plans différents. D'une part l'information serait codée de manière « épisodique » et d'autre part de manière « sémantique ». L'information stockée sous forme épisodique serait constituée d'événements précis de l'histoire de vie pouvant être évoquée ultérieurement, parfois hors volonté consciente du sujet, comme sous la forme d'un flash mnésique. En ce qui concerne le stockage de l'information sous la forme de représentations sémantiques, on se rapproche du processus d'auto-organisation, qui permet au sujet de développer des représentations plus généralisées à partir de ses expériences précises. Bowlby suggère qu'au niveau clinique, un décalage trop important entre ces deux niveaux de stockage de l'information

pourrait avoir des conséquences en lien avec la santé psychique et le bien-être d'une personne. On entend par « décalage », une incohérence manifeste entre les généralités construites par la personne dans son discours et la remémoration d'événements précis de son histoire qui infirment ses représentations (Pierrehumbert, 2005). Ces discordances étant souvent de nature défensive, dans le cadre psychothérapeutique les patients ne les perçoivent fréquemment pas, même si elles peuvent paraître évidentes pour le thérapeute. Plus tard la psychologue, Patricia Crittenden (1990), ajoute que la congruence entre ces deux niveaux serait plus élevée chez les personnes ayant un attachement sécure que chez celles ayant un attachement anxieux. Nous reprendrons ce point lorsque nous présenterons l'Adult Attachment Interview.

Notons qu'il existe deux paradigmes majeurs dans la recherche sur l'attachement adulte. Les deux soutiennent l'idée que les modèles opérants se mettent en place lors des premières expériences interpersonnelles et influencent ainsi le fonctionnement psychosocial à l'âge adulte. Cependant ces deux modèles diffèrent quant à leur compréhension du contenu et de la structure de ces modèles opérants, ce qui donne lieu à l'utilisation de différentes méthodes de mesure (Simpson & Rholes, 1998).

4.7.2 L'approche narrative

Mary Main et ses collègues soutiennent l'idée que les différences interindividuelles dans l'attachement sont en lien avec l'organisation des représentations concernant les premières figures d'attachement et ont ainsi mis en place l'*Adult Attachment Interview* qui permet de mesurer les « attachment states of mind ».

L'« AAI » se focalise sur l'état d'esprit actuel de la personne à l'égard de ses expériences relationnelles durant l'enfance. Il s'agit d'un instrument visant à mesurer la cohérence narrative du récit des relations parents-enfant, qu'une personne peut faire de son propre vécu, afin d'en déterminer les états de conscience d'attachement. La force de cet instrument réside dans sa capacité à prendre en compte non seulement le contenu du discours, mais également les qualités intrinsèques du narratif, telles que sa cohérence, l'irruption de colère mal contenue et le blocage de souvenir (Main et al., 1985). En d'autres termes, cet entretien permet d'explorer d'une part les souvenirs stockés sur le plan sémantique et d'autre part ceux stockés sur le plan épisodique. Dans le discours de la personne, les premiers vont s'exprimer sous forme de généralités concernant les relations émotionnellement significatives. Les seconds, quant à eux, seront appelés lorsqu'on

demande aux personnes d'apporter des exemples d'événements précis qui illustrent les généralités abordées. Le degré de cohérence entre ces deux plans sera alors un indicateur important du type d'attachement lors de l'évaluation des résultats.

Cela rejoint sur certains points les convictions de Ricœur, de Tellenbach, de Charbonneau, de Naudin et d'Azorin concernant l'identité narrative. Comme nous avons pu le voir, selon ces auteurs, la mise en récit de l'identité va rendre compte de la manière dont différents épisodes de vie contribuent à créer des configurations de sens structurantes, évoquées ici par la mémoire sémantique. C'est également au travers de la réussite ou de l'échec de la mise en récit qu'il sera possible de mesurer l'impact émotionnel d'une expérience dans la construction de ces configurations de sens structurantes ; on parlera ici de la cohérence entre mémoire épisodique et mémoire sémantique. Or comme le souligne entre autres Charbonneau, certains vécus peuvent entraîner des émotions tellement douloureuses qu'ils échappent à la possibilité d'être intégrés dans un récit cohérent. Ces différents degrés d'incohérence permettent de rendre compte de la manière dont différentes expériences relationnelles ont pu mener à des constructions différentes des configurations de sens structurantes ou schémas internes opérants.

A partir de cet instrument de mesure, il est possible de déterminer quatre types d'attachement : l'attachement dit *sécuré-autonome*, l'attachement dit *insécuré-détaché* et l'attachement dit *insécuré-préoccupé*. La quatrième catégorie d'attachement adulte, dite de type *non-résolu*, catégorisé comme « U, unresolved-disorganized » est associée à une narration confuse et désorganisée relatant dans son contenu des pertes ou des abus que la personne a vécus dans son enfance (Crowell et al., 1995). Le modèle « détaché » catégorisé comme « Ds, dismissive of early attachment » décrit des personnes qui veulent se montrer indifférentes, désengagées émotionnellement en ce qui concerne les expériences relationnelles ; elles semblent n'avoir qu'un accès limité aux souvenirs ; elles se présentent comme indépendantes, tout en offrant un portrait « normalisé » voire idéalisé de leurs parents. Les événements de l'enfance ont fréquemment une connotation de rejet parental. Selon les études de Marinus Van Ijzendoorn et Bakermans-Kranenburg (1996), on retrouverait 24% de « DS » dans la population générale. Le modèle « autonome » catégorisé comme « F, free ou autonomous-secure » décrit quant à lui des personnes qui se souviennent avec assez d'aisance de leurs premières relations et qui perçoivent ces expériences, même lorsqu'elles ont une composante négative, comme significatives pour elles-mêmes ; ces personnes valorisent en général les relations d'attachement. Dans la

population générale, on trouve une proportion dominante de 58% de « F » (Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). En ce qui concerne le modèle « préoccupé », catégorisé comme « E, enmeshed ou preoccupied », il décrit des personnes plutôt confuses, restituant une image incohérente de leur passé du point de vue des expériences sociales ; il arrive qu'elles ne parviennent pas à contenir une colère encore très actuelle à l'égard de leurs parents, et ceci parfois dans un climat d'ambivalence qui dénote une dépendance relationnelle (Pierrehumbert et al., 1996). Dans la population générale on trouve une proportion de 18% de « E » (Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996).

La situation étrange mesure la qualité d'une relation. La cotation de cet entretien permet de catégoriser l'état d'esprit d'un individu à l'égard des relations d'attachement. L'hypothèse étant la suivante : parvenir à saisir les modèles internes opérants décrits par Bowlby par le biais de cet entretien. A la fin du processus de cotation, on attribuera les catégories DS, F ou E. La catégorie U n'entrera en ligne de compte que devant l'évidence d'un traumatisme non résolu qui viendrait affecter le raisonnement de la personne pendant l'entretien. Cette catégorie sera alors greffée sur l'une des autres. Il est intéressant de mentionner que ces catégories correspondent à celles identifiées par Mary Ainsworth dans la situation étrange et que leur distribution dans la population générale est très égale. Ces résultats sont d'autant plus surprenants que dans la situation étrange, il s'agit d'une situation expérimentale où l'on observe, grâce à une approche éthologique, la qualité d'une relation chez des enfants souvent âgés de moins d'une année. Or, l'entretien d'attachement se base sur une analyse thématique, linguistique et de la cohérence narrative du discours de la personne lorsqu'on la confronte à des souvenirs et des représentations d'attachement aux proches, à l'âge adulte (Pierrehumbert, 2005). Les études ayant utilisé par la suite l'*Adult Attachment Interview*, démontrent selon Mary Main que les catégories sont stables indépendamment de l'interviewer. Aussi, ces études ont montré que la catégorie dans laquelle est placée une personne ne dépend pas de son intelligence, de la désirabilité sociale ou encore d'un style discursif propre à la personne (Main, 1998 ; Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn, 1993). Il me semble important de mentionner que Mary Main a pu montrer que la cohérence de la pensée et les compétences métacognitives dans l'attribution de la catégorie autonome n'était aucunement liées à un coefficient intellectuel. Aussi, les personnes détachées qui malgré l'insistance de l'interviewer maintiennent ne pas se souvenir de leurs relations avec leurs parents durant leur enfance, n'ont aucune difficulté à se souvenir d'événements impersonnels (Van Ijzendoorn, 1995).

L'équipe de recherche de Kobak et la chercheuse Mary Main proposent une conceptualisation du paradigme Bowlby-Ainsworth, dans les termes des théories du contrôle (Kobak et al., 1993 ; Main, 1990). Cette conceptualisation a été reformulée par l'équipe de recherche de Pierrehumbert et Pierrehumbert lui-même (Pierrehumbert et al., 1996). Ces derniers envisagent deux stratégies d'attachement : une stratégie primaire et une stratégie secondaire. La stratégie primaire concernerait le cas où les figures d'attachement apparaissent à l'enfant comme étant accessibles et capables de répondre de manière cohérente à ses demandes en cas de nécessité. La stratégie secondaire concernerait le cas où l'enfant prévoit que les figures d'attachement restent insensibles à ses demandes ou qu'elles auront des réponses inadéquates. En cas d'alarme, l'enfant aura alors deux solutions : maintenir les comportements d'attachement désactivés – et éviter de ce fait d'être confronté à un rejet : c'est le cas de l'insécure-évitant – ou au contraire, suractiver les comportements d'attachement afin de pousser l'adulte à répondre, ce qui est le cas de l'insécure-ambivalent. La stratégie secondaire serait donc bi-polaire. « La première stratégie n'est pas sans rappeler la défense par le clivage ou le déni ; la seconde quant à elle évoque les diverses théories de l' « incertitude » (Pierrehumbert et al., 1996, p. 173). La stratégie primaire consisterait ainsi en un modèle équilibré de l'activation et de la désactivation des émotions : face à une situation de séparation (réelle ou anticipée), l'individu a un libre accès à l'information. Il peut donc identifier la source d'anxiété et chercher un réconfort soit auprès des autres, soit par un travail mental (évoqueries, souvenirs, etc...). Cet individu dispose de la faculté d'affronter la séparation et de désactiver l'anxiété. On parlera alors de stratégie secondaire dans le cas d'une désactivation prématurée des émotions, c'est-à-dire lorsque l'individu coupe l'accès aux sources de l'anxiété et détourne son attention des émotions. On parlera également de stratégie secondaire dans le cas où on assisterait à une hyperactivation émotionnelle, c'est-à-dire où l'irruption involontaire d'informations, de représentations, de souvenirs maintiendrait l'anxiété trop activée et où la demande de réconfort reste trop élevée pour être réalisable.

4.7.3 Tradition du self-report

Le deuxième paradigme dans la recherche sur l'attachement adulte est celui développé par Hazan et Shaver (1987), qui conceptualisent l'amour romantique comme un processus d'attachement. Ils entendent par amour romantique, le lien affectif qui se construit à l'intérieur d'un couple de tradition occidentale moderne en le distinguant ainsi

du lien affectif entre enfant et parents. La question des relations entre attachement et amour a fait l'objet de nombreuses investigations (Shaver et al., 1988). Ces auteurs ont traduit les catégories définies par Mary Ainsworth (1978), à savoir les attachements *sécure*, *évitant* et *ambivalent*, en des prototypes d'attachement adulte pour développer le « multi-item continuous self-report ». Il s'agit d'un instrument permettant de mesurer les styles d'attachement dans l'amour romantique et d'autres formes relationnelles (Collins & Read, 1990), en s'appuyant non seulement sur les comportements d'attachement mais aussi sur les représentations qu'une personne peut avoir de soi et des autres à partir du contenu de son discours auto-descriptif (Crowell et al., 1995). Bartholomew (1990) soutient que la catégorie du *détaché*, développée par Mary Main et la catégorie de l'*évitement*, conceptualisée par Hazan et Shaver représentent deux types d'attachement différents, dont le premier serait motivé par une forme d'autosuffisance défensive, alors que le second serait lié à l'évitement de rejet. L'approche dimensionnelle dans la conceptualisation de l'attachement possède des avantages psychométriques, alors que les prototypes d'attachement ajoutent une force d'interprétation aux dimensions dans leur tentative de saisir les caractéristiques associées à la combinaison de différentes dimensions (Griffin & Bartholomew, 1994). Dans ce même paradigme, Georges et Salomon (1989) ont développé une interview semi-structurée, orientée vers l'exploration des représentations maternelles concernant les soins donnés à un enfant particulier. Il s'agit de l'EMI : Experiences of Mothering Interview et du MCQS : Maternal Caretaking Q-sort. Parallèlement, Parker, Tulping et Brown (1979) ont mis au point un questionnaire structuré, le Parental Bonding Instrument, en 25 items, destiné à évaluer les expériences que l'adulte a pu avoir avec ses propres parents durant son enfance. Une manière d'analyser les interviews AAI, transcrite dans le cadre d'une recherche investiguant les représentations liées à l'attachement dans une population psychotique, est la méthode des Q-sort (Kobak et al., 2007). Cette méthode peut être utilisée pour classer les individus dans deux catégories à la fois, par exemple sécure versus insécure ou encore préoccupée versus détachée, voire même situer une personne par rapport aux trois dimensions (Hesse, 1999).

L'équipe de recherche de Pierrehumbert a développé une méthode d'investigation des « modèles individuels de relations » sous forme d'un questionnaire : le Camir. Son objectif est l'évaluation des stratégies relationnelles de l'adulte, en supposant l'existence d'un modèle de soi-même et des autres dans les relations interpersonnelles. Sa force réside dans le fait de prendre en compte à la fois les relations de la personne durant l'enfance,

mais aussi les représentations de la personne adulte quant à ses besoins émotionnels et ceux des autres.

4.7.4 Les styles d'attachement, sont-ils durables à travers la vie ?

On suppose que les styles d'attachement sont durables à travers le temps, dans la mesure où des modèles internes opérants guident l'attention portée à l'information provenant de l'environnement de façon sélective, qui à son tour détermine la genèse des représentations, qui, elles, structurent les interprétations en fonction des modèles internes opérants sous-jacents. Ces modèles opérants seraient responsables de la dimension durable des styles d'attachement, dans la mesure où ils façonnent le comportement de l'individu dans ses interactions, en fonction des attentes qu'il a vis-à-vis de la réponse des autres (Pietromonaco & Feldman Barrett, 2000). Cependant les théoriciens de l'attachement reconnaissent que les modèles opérants peuvent être révisés suite à des expériences interpersonnelles significatives, en particulier lorsque le degré d'incompatibilité entre les attentes de l'individu et son expérience est important (Crowell & Treboux, 1995). Des études rétrospectives et longitudinales, effectuées dans les deux paradigmes méthodologiques et conceptuels ont mis en évidence une stabilité relative des styles d'attachement dans le temps. Ces études portent sur des périodes allant de quelques mois à plusieurs dizaines d'années. Elles indiquent que certains événements-clés, tels que la perte ou la formation de relations affectivement significatives, ou encore des expériences de traumatismes interpersonnels comme le vécu d'abus physiques ou psychiques, jouent un rôle fondamental dans la détermination d'une stabilité dans le style d'attachement (Hamilton, 2000). Malgré cela, on ne peut pas parler d'une évolution entièrement isomorphique de l'attachement dans le passage de l'enfance à l'âge adulte, puisque tout au long de la vie des expériences interpersonnelles peuvent infirmer certaines représentations mentales initiales (Kirkpatrick & Hazan, 1994).

Nous proposons à présent de nous pencher de plus près sur la question de la continuité dans les styles d'attachement au cours de la vie. Pour cela nous reprendrons plusieurs études longitudinales ayant suivi des enfants sur des périodes allant de plusieurs mois à des dizaines d'années, après avoir déterminé leur type d'attachement dans la situation étrange. Cela nous permettra progressivement de mieux cerner quels sont les

paramètres émotionnels, cognitifs et relationnels qui sont influencés par la qualité de l'attachement du bébé.

Waters (1978) et Sroufe, des élèves de Mary Ainsworth ont commencé dans les années 1970 l'une des premières études permettant d'illustrer les implications de la sécurité de l'attachement sur le développement de l'enfant puis du jeune adulte. Les sujets de cette études ont été suivis durant la petite enfance et jusqu'à l'âge adulte dans les années 1990. De 12 mois à 18 mois, dans la situation étrange avec la mère, les chercheurs trouvent une continuité de 96% dans le type d'attachement. On observe une évolution chez les enfants classés dans la catégorie sécuritaire. A 12 mois ces enfants manifestent du désarroi et pleurent dans les bras de leur maman à son retour et à 18 mois ils se contentent d'un bref contact souvent même à distance. Ces résultats vont dans le sens d'une confirmation de l'idée de Bowlby concernant le rôle contenant de la mère pour son enfant. C'est-à-dire qu'il est nécessaire qu'un enfant puisse exprimer ses émotions pleinement, émotions qui sont alors régulées dans la relation à la mère. Cela permet à l'enfant d'apprendre à réguler lui-même ses émotions de manière efficace et ainsi de progressivement gagner de l'autonomie. Des observations intéressantes dès 24 mois ont pu être faites dans le cadre du jeu avec la mère. En effet, les enfants classés dans la catégorie sécuritaire se montrent plus coopérants, enthousiastes et capables de gérer leurs désirs dans le jeu avec la mère. Ils se montrent aussi plus persistants et expriment moins de colère et de frustration (Pierrehumbert, 2005). Il est intéressant de mentionner ici que Sroufe et ses collègues (1979 ; Erickson et al., 1985) ont suivi un autre échantillon provenant d'une classe sociale défavorisée. Ces enfants ont également été observés dans la situation étrange dès 12 mois, puis suivis par une équipe d'une vingtaine de personnes jusqu'à l'âge de 5 ans, dans le cadre d'une école maternelle faite sur mesure.

Les enfants ayant été classés dans la catégorie des sécuritaires dans la situation étrange à 12 mois, à l'âge de 5 ans, sont les plus populaires dans le groupe de leurs pairs. « Plus sociables, ils ont davantage d'amis, ils montrent de l'empathie, ils sont apaisants, sachant faire face aux difficultés et demander de l'aide lorsque cela est nécessaire ; ils semblent avoir davantage d'estime d'eux-mêmes et de résilience face aux événements adverses, et leurs éducateurs se montrent chaleureux envers eux » (Pierrehumbert, 2005, p.136). Les enfants ayant été placés dans la catégorie des anxieux-évitants, continuent à manifester une mise à distance des émotions. Ils se montrent incapables de gérer leurs émotions négatives ou encore celles des autres. Par exemple, les chercheurs relèvent que ces enfants ont tendance à se montrer moqueurs vis-à-vis des autres et particulièrement lorsque ceux-ci

sont en détresse. Cela manifeste combien il leur est difficile de tolérer l'expression des émotions négatives. Ils ont souvent des comportements agressifs pour rechercher l'attention. Ils n'arrivent pas à manifester des demandes de réconfort. Envers eux, leurs pairs se montrent hostiles et leurs éducateurs se montrent contrôlants. Les enfants avec un attachement anxieux-résistant sont souvent la cible de l'agression des autres. Ils se montrent préoccupés par eux-mêmes et tendent à demander du réconfort aussi lorsqu'ils sont en face de la détresse d'un autre enfant. Ils semblent être dépassés par les émotions négatives et n'identifient pas bien la frontière entre leurs émotions et celles des autres. Les éducateurs ont tendance à avoir des comportements infantilisants avec ces enfants. « On retrouve ainsi chez ces enfants cette tendance à l'expression inquiète d'une détresse impuissante, sans perspective de réconfort, accompagnée d'une hypersensibilité émotionnelle ». (Pierrehumbert, 2005, p.136).

Au fond, les enfants avec un attachement anxieux ne savent pas comment s'y prendre pour obtenir du réconfort de la part des autres. Ces études montrent que ces enfants provoquent des contre-attitudes de la part des adultes hors de leurs familles. Entre les anxieux-évitants qui sont souvent perçus comme arrogants par les éducateurs et les enfants anxieux-résistants qui sont considérés comme immatures, les deux groupes d'enfants n'obtiennent pas la prise en charge et le réconfort dont ils auraient encore plus besoin que les enfants de la catégorie sécurisée.

Ces études viennent conforter l'idée que la première année représente en effet une période sensible dans le développement d'un modèle interne déterminant le fonctionnement relationnel d'un enfant. Bowlby dans son ouvrage « attachment and loss » décrivait deux fonctions principales de l'attachement. La première fonction étant la protection et ainsi l'établissement d'une base sécurisante au travers d'une bonne qualité relationnelle avec la figure d'attachement principale. La deuxième fonction de l'attachement étant la capacité de l'enfant à s'ouvrir et à explorer le monde social à l'aide de cette base sécurisante. Selon Bowlby, durant cette première année sensible, au travers d'une relation de qualité avec la principale figure d'attachement, l'enfant acquiert un schéma de lui-même comme étant digne d'être aimé et comme méritant de l'attention et un schéma des autres comme étant fiables et dignes de confiance. Un grand nombre d'études s'est penché sur divers domaines du développement de l'enfant afin de voir en quoi le type d'attachement mesuré dans la situation étrange est un prédicteur. Certaines études ont observé et mesuré à différents âges les compétences développementales d'enfants vus dans la situation étrange à un an. Certaines de ces études ont porté sur plusieurs mois et d'autres

sur plusieurs années. Ces études ont exploré les relations de l'enfant avec diverses personnes, ses parents, ses pairs, ses frères et sœurs, ses amis et des adultes non familiaux. D'autres études se sont davantage intéressées aux compétences préscolaires et scolaires, aux capacités d'exploration, au jeu, à l'intelligence et au langage, à la résilience, à la tolérance à la frustration, à la curiosité, à la capacité de compréhension sociale, à l'estime de soi ou encore aux problèmes de comportements (Pierrehumbert, 2005). Certaines de ces études montrent en effet des corrélations importantes entre le type d'attachement sécurisé mesuré à un an dans la situation étrange et un développement émotionnel et cognitif favorable (Pierrehumbert & Iannotti, 1988 ; Thomson, 1999 ; Radke-Yarrow, 1985; Van Ijzendoorn et al., 1995). Dans certaines de ces études, on peut se demander si ce qui est mesuré n'est pas à nouveau l'une des caractéristiques mêmes de l'attachement. A savoir : le quotient de développement d'un enfant de trois ans qui doit accomplir une tâche avec un adulte non familial ne mesure-t-il pas en réalité sa capacité à se sentir à l'aise avec lui ? Dans les études du chercheur Bailey, les expérimentations se sont déroulées en présence de la mère. En reprenant la définition de l'attachement, on réalise que le résultat de cette étude est potentiellement tautologique.

Concernant la continuité des styles d'attachement, Evrett Waters et son équipe ont réussi à revoir une cinquantaine de personnes à l'âge de 21 ans, qui avait été vue à un an dans la situation étrange. A 21 ans, ces jeunes adultes ont été interrogés à l'aide de l'entretien d'attachement (AAI). En dichotomisant les catégories d'attachement, c'est-à-dire en opposant sécurisé à anxieux, cette étude montre une correspondance remarquable de 72% entre les résultats de la situation étrange à un an et celle de l'Adult Attachment Interview à 21 ans. Lorsqu'on retire de cet échantillon, ceux dont les parents sont décédés entretemps, la correspondance est encore plus élevée. Elle est alors de 78%. Cela montre combien des expériences émotionnellement significatives en lien avec les figures d'attachement jouent un rôle important dans la continuité des styles d'attachement. Cette étude indique une continuité non négligeable du style d'attachement lorsqu'on prend en compte la quantité d'expériences relationnelles faites entre 1 an et 21 ans. A partir de ces résultats on peut en effet penser que les modèles internes opérants décrits par Bowlby et résultant d'un apprentissage au cours de la première année de vie, seraient déjà en place à un an et perdureraient tout au long de l'enfance et de l'adolescence avec relativement peu de changements. Les résultats de cette étude sont assez remarquables compte tenu de la différence de l'instrument de mesure du style d'attachement durant l'enfance et à l'âge adulte. Dans une situation on est en effet dans une approche éthologique alors que dans

l'autre, il s'agit d'une approche narrative. Cela souligne également que ces résultats sont à interpréter avec précaution (Pierrehumbert, 2005).

4.8 Attachement et psychopathologie

Dans ce chapitre, nous chercherons à décrire les liens entre le style l'attachement et la présence à l'âge adulte de troubles psychiques. Ainsi, avant de nous concentrer de manière approfondie sur les études de l'attachement dans la psychose, nous tenterons de décrire brièvement quelques études réalisées sur d'autres troubles psychiques dont on retrouve certains symptômes dans la schizophrénie.

Reprenons brièvement la théorie de Bowlby concernant les modèles internes opérants. Ces modèles véhiculent une représentation de soi et des autres (Bowlby, 1969 ; 1982). Les premières expériences relationnelles mènent à des attentes chez l'enfant concernant les personnes de soins. Lorsque l'enfant s'attend à ce que les personnes de soins soient aimables et attentives à ses besoins de manière stable et continue, il va développer une représentation de soi comme étant aimé et valorisé (Winnicott, 1957). De la même manière, il va développer une représentation des autres comme étant aimants, stables, fiables et dignes de confiance (Bretherton, 1990). Une réponse constante et adaptée aux besoins de l'enfant lui permet de développer des stratégies efficaces pour obtenir de l'aide en cas de besoin. Or, lorsque les réponses à ses demandes sont rejetantes ou imprévisibles, il va intérioriser une vision négative de lui-même comme quelqu'un qui ne mérite pas qu'on s'occupe de lui et qu'on l'aime. Ces enfants ne peuvent pas se reposer sur l'idée que les personnes de soins sont disponibles et adaptées lorsqu'ils en ont besoin. Cela explique pourquoi ces enfants sont obligés de développer des stratégies de coping alternatives pour gérer leur détresse.

Les stratégies de coping insécures se répartissent en général autour des deux pôles « minimisation » des comportements d'attachement ou « exagération » de ceux-ci. Lorsque les enfants utilisent des comportements minimisants, il détourne leur attention de leur souffrance de manière défensive. La non disponibilité de leurs figures d'attachement étant source de souffrance, ils se détournent également de celles-ci pour éviter le rejet et la blessure. Cela explique pourquoi ces personnes, une fois adulte, ont un accès limité à leurs émotions et ont des difficultés à reconstruire un portrait réaliste de la disponibilité de leurs parents lorsqu'ils étaient enfants. Lorsqu'au contraire les enfants sont dans l'exagération de leurs demandes de sécurité, ils se détournent de tout pour se concentrer pleinement sur leur

détresse et les réactions de leurs figures d'attachement. Etant complètement submergé par leurs émotions, ils ne parviennent plus à évaluer la dangerosité d'une situation ni à se servir des comportements rassurants des personnes de soins pour réguler leurs émotions. Dans les deux cas, les personnes ayant des difficultés à réguler leurs émotions présentent un risque accru en ce qui concerne le développement ultérieur de manifestations psychopathologiques. L'exagération émotionnelle allant avec la rumination d'expériences douloureuses mènera davantage à des troubles internalisants, tels que des troubles anxieux et dépressifs. La minimisation émotionnelle aurait plutôt tendance à prédisposer un enfant à la présentation ultérieure de troubles externalisants. Cela dans la mesure où ici, l'attention est détournée de soi et une représentation négative du soi et des autres persiste. Cette perspective des troubles psychiques implique une certaine continuité des styles d'attachement au cours de la vie. Or Bowlby lui-même avait décrit l'influence d'expériences relationnelles émotionnellement significatives allant à l'encontre des attentes du sujet comme transformant potentiellement les modèles internes opérants. Cela particulièrement lorsque le décalage entre l'expérience et l'attente est grand. Ainsi, comme nous l'avons mentionné préalablement, même s'il est possible d'identifier des tendances, il est important de ne pas faire de généralisation quant aux éventuelles prédispositions des styles d'attachement au développement de manifestations psychopathologiques. Seules deux études portent sur le lien entre des troubles psychiques et les types d'attachement durant l'enfance. Il s'agit d'études qui se basent sur les données longitudinales obtenues dans le cadre de la recherche connue sous le nom de : « Minnesota Parent-Child Project » (Carlson, 1998 ; Warren et al., 1997). C'est pourquoi dans ce chapitre nous nous appuyons également sur les résultats d'autres études ayant investigué plus particulièrement l'effet d'événements pertinents concernant la relation de l'enfant à ses figures d'attachement durant l'enfance sur le développement ultérieur de troubles psychiques.

4.8.1 Attachement et troubles de l'humeur

Les dépressions unipolaires et bipolaires sont très différentes du point de vue de leur symptomatologie, de l'importance des prédispositions génétiques, du niveau de handicap fonctionnel, du rôle probable de l'attachement dans l'étiologie et de l'évolution du trouble. La distinction fondamentale de ces deux groupes de troubles repose en particulier sur le fait que la dépression unipolaire est caractérisée uniquement par une baisse de l'humeur alors que la dépression bipolaire est caractérisée également par la

présence de phases maniaques ou hypomaniaques. Dans le cas de la dépression unipolaire, lorsqu'un état dépressif est sévère et que le niveau de fonctionnement global de la personne est amoindri par rapport à sa vie antérieure au trouble, on peut considérer qu'il s'agit d'un état dépressif majeur. Lorsque l'état dépressif est moins sévère mais dure pendant une longue période – au moins deux ans – on considère qu'il s'agit d'un trouble dysthymique. Le trouble bipolaire de type I est caractérisé par la présence d'épisodes maniaques et potentiellement – mais pas nécessairement – par la présence d'épisodes dépressifs. Les troubles bipolaires ont une importante composante génétique. Dans la mesure où il existe à ce jour encore peu de littérature scientifique sur les facteurs génétiques familiaux intervenant dans le développement et le maintien du trouble bipolaire, il est important de tenir compte de ces éléments dans l'interprétation des résultats. La plupart des conclusions que nous serons amenés à présenter dans ce passage porteront ainsi en premier lieu sur les dépressions de type unipolaire. Plusieurs chercheurs et théoriciens de l'attachement mentionnent l'importance de considérer non seulement le degré de sévérité à l'intérieur de la même catégorie diagnostique mais aussi la prédominance de manifestations davantage internalisantes ou externalisantes.

Bowlby (1980) lui-même pensait que trois types majeurs de circonstances étaient, durant l'enfance, particulièrement susceptibles d'entraîner une vulnérabilité psychique pouvant mener à des troubles de l'humeur à l'âge adulte. Parmi ces circonstances il mentionne premièrement la perte d'une des figures d'attachement durant l'enfance. Dans ce cas de figure, l'enfant vit une expérience très traumatisante lors de laquelle il réalise qu'il n'a aucun contrôle. Deuxièmement, si l'enfant ne parvient pas à établir des relations stables et sécurisantes avec ses premières figures d'attachement malgré les nombreuses tentatives, il peut développer un modèle de lui-même comme étant un « échec ». Pour cet enfant, la plupart des expériences relationnelles difficiles au cours de sa vie peut alors être ramenée à sa perception de lui-même comme étant un « échec ». Troisièmement, si l'un des parents donne à l'enfant l'impression qu'il n'est pas aimable ou qu'il est incompetent, l'enfant va développer une vision de lui-même comme ne méritant pas d'être aimé et des autres comme n'étant pas aimables. Ce modèle interne opérant peut alors structurer le comportement de l'enfant et influencer négativement ses expériences relationnelles ultérieures. Face à une expérience relationnelle douloureuse, les schémas interprétatifs de l'enfant seront à nouveau activés et risquent d'entraîner des troubles de l'humeur (Bretherton, 1990). La conceptualisation de Bowlby rejoint sur ces points le modèle de la dépression de la « learned helplessness » de Seligman (Seligman et al ; 1979). En effet

Seligman a mis en évidence que les sentiments dépressifs apparaissent lorsque le sujet fait l'expérience d'une souffrance qu'il vit comme étant incontrôlable. On retrouve l'idée d'un sentiment de perte de contrôle, dans les expériences de l'enfant décrites par Bowlby. Les études longitudinales de Haris Brown et Bifulco (Haris Brown et Bifulco, 1990 et 1986) ainsi que les études collectives rétrospectives de Raskin (Raskin et al., 1971) apportent un support empirique non négligeable à la théorie de Bowlby. Ces études montrent notamment que les enfants dont la mère décédait avant leurs onze ans avaient 42% de chance de développer une dépression à l'âge adulte. Ces études montrent également que des soins parentaux de moindre qualité – ne permettant pas à l'enfant d'établir un lien d'attachement sécure – doubleraient les risques chez l'enfant de développer une dépression à l'âge adulte. Des études de Rosenstein et Horovitz (1996) ayant utilisé l'Adult Attachment Interview, montrent que parmi les adolescents admis en unité de psychiatrie et manifestant exclusivement des symptômes de troubles de l'humeur, 69% présentaient un attachement de type insécure préoccupé. Fonagy et ses collègues (1996) ont montré que les différentes catégories diagnostiques des troubles de l'humeur étaient corrélées à différents patterns d'attachement. Les personnes ayant présenté un épisode de dépression sévère avaient plus souvent un attachement sécure, alors que les personnes présentant un trouble dysthymique chronique avaient plus souvent un attachement de type insécure préoccupé. Une explication proposée par ces chercheurs consiste à dire qu'au fond, la composante héréditaire serait plus importante dans la dépression sévère que dans le trouble dysthymique.

Selon l'Adult Attachment Interview, le critère principal permettant de déterminer un attachement sécure est la cohérence du discours et l'aisance à rapporter des souvenirs quant aux relations avec les parents durant l'enfance. Certaines personnes peuvent développer un état d'esprit valorisant les relations d'attachement avec un discours cohérent malgré un vécu difficile avec leurs parents durant leur enfance. Certains chercheurs ont donc tenté de distinguer parmi les personnes présentant des troubles de l'humeur et ayant un attachement sécure, celles qui rapportent des expériences positives et celles qui rapportent des expériences négatives avec les premières figures d'attachement (Main & Goldwyn, 2003). Ils ont nommé respectivement le premier groupe « continuous autonomous » et le deuxième « earned autonomous ». Ils ont effectivement trouvé que les femmes ayant un attachement de type « earned autonomous » rapportaient plus de troubles dépressifs que les autres. Cela laisse penser que des expériences difficiles durant l'enfance

peuvent prédisposer à des troubles dépressifs à l'âge adulte, même si certaines de ces personnes parviennent à acquérir un état d'esprit sécure.

Relativement peu d'études ont mesuré le type d'attachement chez des personnes souffrant de troubles bipolaires. Fonagy et ses collègues (1996) ont trouvé une importante prévalence d'attachement de type insécure détaché à l'intérieur de cette catégorie diagnostique par rapport à celles présentant d'autres troubles de l'humeur. Ces résultats rejoignent ceux de Tyrrell et Dozier (1997) qui ont trouvé un attachement insécure détaché chez chacun des sept patients bipolaires de leur groupe d'étude. Certaines études utilisent les trois catégories de Mary Main pour coder l'Adult Attachment Interview, alors que d'autres utilisent les quatre, c'est-à-dire en prenant en compte la catégorie dite « unresolved » ou non-résolue caractéristique de traumatismes non résolus. Tyrrell et Dozier (1997) ont utilisé le système des trois catégories. En recodant ces entretiens avec le système des quatre catégories, quatre de ces sept patients bipolaires ont été classés parmi les « non résolus ».

Les proportions des types d'attachement trouvées dans ces études varient particulièrement en fonction de la manière dont sont créés les groupes de patients. Certaines études excluent du groupe expérimental tous les patients présentant en plus des troubles de l'humeur, ou encore d'autres troubles de l'axe I ou de l'axe II. D'autres n'excluent que ceux présentant d'autres troubles de l'axe I. D'autres encore font la différence entre les sous-catégories diagnostiques des troubles de l'humeur. En somme, ce que nous pouvons retenir de cela, c'est la distinction entre les troubles bipolaires et unipolaires qui sont visiblement liés à des états d'esprit différents concernant l'attachement. On retrouverait une prévalence d'un attachement insécure détaché chez les patients bipolaires alors qu'on retrouve plutôt une prévalence d'un attachement insécure préoccupé voire « earned autonomous » chez les patients présentant des troubles unipolaires. Une autre distinction est à faire parmi les troubles unipolaires entre l'épisode dépressif et le trouble dysthymique. En effet, un trouble dysthymique chronique est davantage lié à un attachement de type insécure préoccupé qu'un épisode dépressif passager, même sévère. Mais ici encore, il est important de prendre en compte la présence de toute comorbidité. De manière générale, on retrouve la logique mentionnée préalablement concernant les troubles externalisants et internalisants. A savoir que les pensées négatives vis-à-vis de soi-même et les ruminations sont davantage liées à des attachements de type insécure-préoccupé, alors que les pensées négatives envers les autres

et les comportements traduisant une attitude défensive vis-à-vis des propres émotions sont davantage liées à des attachements de type insécure évitant (Dozier et al., 1999).

4.8.2 Attachement et troubles anxieux

Tout comme les troubles de l'humeur, les troubles anxieux sont hétérogènes. La plupart de ces troubles est caractérisée par un équilibre particulier entre peurs et évitements. Dozier et ses collègues postulent que la peur est un symptôme davantage internalisant alors que l'évitement est un symptôme plutôt externalisant. On peut considérer que dans certains troubles anxieux la peur est au premier plan, alors que dans d'autres ce serait plutôt l'évitement. Selon Dozier et ses collègues (1999), l'anxiété généralisée et l'attaque de panique sont spécifiquement des troubles où la peur est réellement au premier plan. Il faut préciser cependant que dans la majorité des cas, ces troubles sont accompagnés par de l'agoraphobie qui consiste en l'évitement des lieux ou situations où la personne craint d'avoir une attaque de panique ou de faire l'expérience d'angoisses intenses. Selon Dozier et ses collègues, on serait dans ce cas davantage face à un symptôme externalisant. Dans les phobies spécifiques, l'agoraphobie et la phobie sociale, les angoisses viennent de l'incapacité à éviter les situations anxiogènes. Même si à l'origine la peur est centrale, des comportements d'évitement – qui représentent alors les principaux handicaps pour la vie sociale et professionnelle de la personne – prédominent en général. De manière similaire, dans les troubles obsessionnels compulsifs, des comportements répétitifs sont réalisés pour neutraliser des angoisses, mais en même temps la non répétition des comportements provoque l'angoisse. Ainsi on peut également considérer qu'il s'agit d'un trouble anxieux où prédomine des symptômes externalisants. Il existe une forte comorbidité des troubles anxieux, particulièrement avec des troubles de l'humeur (Kendler et al., 1987). La dimension héréditaire des troubles anxieux varie beaucoup selon les différentes études entreprises (Cassidy ; 1995 et Torgeson, 1988).

Selon Bowlby, les troubles anxieux se développent particulièrement dans des climats familiaux de surcontrôle parental se manifestant dans le rejet ou la surprotection de l'enfant. On retrouve cette dimension dans les constellations familiales où l'enfant craint de quitter son foyer par peur qu'il arrive quelque chose à ses parents. Par exemple lorsque ceux-ci souffrent d'idées suicidaires ou que l'enfant a assisté à des scènes de violences conjugales. On observe également des situations où les parents manifestent des difficultés à se séparer de leur enfant, parce qu'eux-mêmes sont très préoccupés pour l'enfant ou

encore parce que les rôles sont inversés et qu'ils s'appuient sur l'enfant comme sur une base sécurisante (Dozier et al., 1999).

Warren et un groupe d'autres chercheurs (Warren et al., 1997) ont montré que les adolescents présentant un attachement de type insécuré préoccupé dès leur petite enfance avaient davantage tendance à développer des troubles anxieux durant l'adolescence que ceux ayant un attachement sécurisé ou insécuré-évitant. Farravelli et ses collègues (1985) ont observé que les personnes souffrant d'agoraphobie avaient vécu significativement plus souvent le divorce de leurs parents ou des séparations précoces d'avec ceux-ci durant leur enfance que les personnes d'un groupe-contrôle non clinique. Brown et Harris (1993) ont trouvé que les personnes souffrant d'un trouble de panique avaient plus souvent vécu le décès d'un parent durant l'enfance ou encore subi plus fréquemment des expériences de prise en charge parentale très inadéquate par rapport à un groupe de personnes ne présentant aucun trouble psychiatrique. Cassidy (1995) a quant à lui montré que les personnes souffrant d'anxiété généralisée rapportaient plus souvent l'expérience de rejets parentaux ainsi que des situations d'inversion des rôles que des personnes ne souffrant d'aucune affection psychiatrique. Chambless et ses collègues ont démontré que dans le trouble de panique avec agoraphobie et dans les troubles obsessionnels compulsifs, on ne trouve pas d'expériences relationnelles qui se distinguent particulièrement de celles décrites par des personnes ne souffrant pas de troubles psychiques. L'équipe de recherche de Spitzer et lui-même (Spitzer et al., 1987) ont relevé que les personnes présentant des comportements d'évitement rapportent avoir eu des parents plutôt négligeants dans leurs soins alors que ceux qui se montrent davantage dépendants ou passifs-agressifs racontent avoir eu des parents surprotecteurs. D'autres études encore ont investigué l'état d'esprit de patients présentant des troubles anxieux à l'aide de l'Adult Attachment interview et du Multiaxial Personality Inventory (Million, 1983). Ils ont trouvé que 65% de ces patients avaient un attachement de type insécuré préoccupé et 35% avaient un attachement de type insécuré évitant (Rosenstein & Horowitz, 1996).

De manière générale, ces résultats apportent des données empiriques qui viennent soutenir la conceptualisation théorique de Bowlby. Malgré les différents résultats en fonction des différents troubles anxieux et des différentes études, on retrouve tout de même l'idée que des expériences de prise en charge parentale inadéquate ou encore des expériences de séparation ou de perte des figures d'attachement durant l'enfance favorisent de manière importante le développement d'un trouble anxieux plus tard dans le développement. On peut également retenir la présence de l'axe des symptômes

internalisants et externalisants dans les troubles anxieux. En d'autres termes cela signifie que la peur elle-même est davantage associée à des stratégies d'exagération de la demande en lien avec une intensification de l'émotion, alors que les comportements d'évitement sont plutôt en lien avec des stratégies de minimisation des demandes de soins et un évitement des émotions pénibles (Dozier et al., 1999).

4.8.3 L'attachement et les troubles dissociatifs

Les états dissociatifs mineurs font partie des expériences communes, par exemple lorsqu'on est tellement absorbés dans une discussion ou dans nos pensées en conduisant que l'on n'a plus conscience du paysage qui défile. Dans les DSM IV, les troubles dissociatifs impliquent la survenue d'une perturbation touchant les fonctions psychiques étant habituellement intégrées pour donner un sens du soi et le sentiment d'avoir une identité. Parmi ces fonctions on peut par exemple mentionner la conscience, la mémoire ou la perception de l'environnement. Ces perturbations peuvent par exemple entraîner une « amnésie dissociative », lorsque le sujet n'a pas accès à certains de ses souvenirs particulièrement lorsque ceux-ci sont associés à des émotions négatives intenses. On parlera aussi du « trouble dissociatif de l'identité », caractérisé par la présence de deux ou plusieurs identités – ou « états de personnalité » – qui prennent tour à tour le contrôle du comportement du sujet. Il existe également le « trouble de dépersonnalisation » qui est caractérisé par un sentiment prolongé ou récurrent du détachement de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps. Cependant, dans ce cas, le sujet demeure en contact avec la réalité. On retrouve ces perceptions étranges de « dépersonnalisation » (on ne se reconnaît plus) ou déréalisation (on ne reconnaît plus son environnement) également dans d'autres troubles, par exemple lors d'une attaque de panique ou encore de troubles psychotiques. Or, lorsque ces perceptions apparaissent à l'intérieur d'un trouble psychotique, la personne cherchera une explication à cette expérience qui est susceptible de l'entraîner dans une rupture progressive avec la réalité partagée par son environnement social. L'« amnésie dissociative » est la plupart du temps l'un des symptômes importants dans les « états de stress post-traumatiques ». On retrouve souvent des états dissociatifs à l'intérieur d'autres catégories diagnostiques. L'ouvrage psychiatrique de référence indique que 40% des patients hospitalisés présentent des expériences dissociatives (APA., 1994). Cependant des diagnostics de troubles dissociatifs sévères sont extrêmement rares. Les chercheurs, Waller et Ross, (1997) n'ont pas trouvé d'influence génétique dans le développement d'un trouble dissociatif. Un certain nombre de chercheurs et de cliniciens

met en avant la dimension adaptative de la dissociation permettant à une personne de ne pas être débordée émotionnellement dans une situation traumatisante (Dozier et al., 1999). Perry et d'autres chercheurs (Perry et al., 1995) ont suggéré que l'expérience d'états dissociatifs durant la petite enfance peut entraîner une prédisposition neurobiologique favorisant ce type d'expériences à l'âge adulte. Les situations susceptibles d'engendrer des états dissociatifs chez les enfants sont des situations traumatisantes, où l'enfant ne peut ni se défendre (être défendu), ni fuir. Il aura alors comme seule possibilité pour ne pas être débordé émotionnellement, celle de se couper de la situation en entrant dans un état dissociatif. Selon Main et Hesse (1990) ainsi que selon Liotti (1999), des expériences précoces avec une figure d'attachement effrayée ou effrayante engendrent une construction de plusieurs modèles de soi et des autres incompatibles.

L'enfant expérimente différentes séquences avec la personne de soins. Par exemple avec une figure d'attachement effrayée, l'enfant se vit tantôt comme celui qui perpétue la peur de l'autre, tantôt comme celui qui sauve l'autre de sa peur ou encore comme l'enfant aimé. Concernant le modèle de l'autre, il expérimente une fois l'autre comme la victime, une fois comme la victime sauvée, une autre fois encore comme une personne de soins compétente. Les divers chercheurs décrivent combien le petit enfant ne parvient pas à se construire un modèle de soi et des autres intégrant ces différents aspects et construit alors plusieurs modèles. Ces enfants se retrouvent ainsi dans un dilemme insolvable, car ils n'arrivent ni à aller vers leur figure d'attachement pour être rassuré, ni à s'en éloigner pour se distraire. Dans la mesure où ils feraient l'expérience de ces craintes perpétuelles face auxquelles ils n'ont pas de solution, ils seraient susceptibles de développer des états dissociatifs. Dans la situation étrange le comportement désorganisé que manifestent certains enfants serait l'expression d'un écroulement des stratégies d'attachement, ce qui traduit potentiellement un léger état dissociatif. Cela par exemple lorsque l'enfant se fige dans une posture immobile ne cherchant ni à s'approcher ni à s'éloigner du parent (Carlson 1998 ; Main & Morgan, 1996).

Liotti (1999) propose l'hypothèse suivante : si un enfant fait l'expérience d'un attachement désorganisé durant la petite enfance, il va encourir davantage de risques de subir des maltraitances et des abus dans ses relations futures de par ses représentations inadéquates des autres et de lui-même. L'exposition à des maltraitances et abus répétitifs augmenterait alors le risque de présenter des symptômes dissociatifs à l'âge adulte, comme résultats d'une stratégie inadéquate apprise face au danger. Deux recherches vont dans le sens de cette hypothèse. D'une part, Carlson (1998) a montré que les trois adolescents

présentant un trouble dissociatif dans l'échantillon de l'étude du Minnesota, avaient des attachements de type désorganisé/désorienté. D'autre part, 97% des personnes présentant un trouble dissociatif à l'âge adulte ont subi des abus et maltraitements sévères durant leur enfance (Putnam, 1991). Main et Hesse (1990) ont proposé la transmission du type d'attachement désorganisé/désorienté comme le moyen de transmission intergénérationnel des troubles dissociatifs. En prenant en compte ces études, on peut supposer que l'attachement de type désorganisé/désorienté tel qu'il est identifié dans la situation étrange ainsi que dans la narration de l'adulte durant l'Adult Attachment Interview, laisse penser que l'individu – enfant ou adulte – se retrouve par moments figé dans des états dissociatifs légers. Cependant aucune étude n'a jusqu'à présent mesuré systématiquement le type d'attachement adulte avec un outil valide chez des personnes présentant des troubles dissociatifs.

La sémiologie psychiatrique et l'étiologie des troubles psychopathologiques sont complexes. La plupart des troubles psychiques a en effet pour origine divers facteurs qui interagissent ensemble pour engendrer, à un moment donné, un trouble spécifique. Ces facteurs sont de natures génétique, neurobiologique et environnementale. La part de ces différentes dimensions joue un rôle plus ou moins important selon le trouble en question. De manière générale, on peut relever que les expériences précoces avec les premières personnes de soins peuvent prédisposer à certaines expressions pathologiques de la souffrance à l'âge adulte. Dans la mesure où les premières relations avec les figures d'attachement permettent à un enfant de se construire un modèle de soi et des autres, ces expériences vont influencer ses comportements et peuvent ainsi influencer ses expériences relationnelles futures. Ces modèles de soi et des autres offrent à l'enfant un répertoire plus ou moins efficace pour faire face à des situations difficiles et pour trouver du réconfort auprès de ses proches. On parvient à reconnaître plus finement ces types de régulation émotionnelle ou « coping » en examinant les comportements de minimisation ou d'exagération des comportements d'attachement. Ces deux types de réaction sont considérés comme des stratégies secondaires mises en place par l'enfant pour gérer la prise en charge, par une figure d'attachement ne lui permettant pas de mettre en place un attachement sécurisé. Ces types de coping ou de régulation émotionnelle sont susceptibles d'entraîner des troubles respectivement plutôt internalisants ou plutôt externalisants face à une souffrance significative à l'âge adulte. En ce qui concerne les troubles dissociatifs, on se trouve face à des stratégies de coping probablement adaptatives et acquises dans des situations où l'enfant n'avait même plus les solutions préalablement décrites de

maximisation ou de minimisation. On peut donc considérer que les états dissociatifs sont davantage à mettre en lien avec une dimension d'une autre nature que celle du continuum entre l'exagération et la minimisation des comportements. On peut supposer que dans les troubles dissociatifs, nous sommes face à une gestion du stress qualitativement différente qui consiste à induire une fugue de l'esprit, de la conscience, voire de l'identité de l'individu pour éviter le débordement émotionnel.

En raison du manque d'études réalisées sur l'attachement dans la schizophrénie, cet arrêt sur les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles dissociatifs trouve tout son sens dans la mesure où on retrouve en partie dans cette pathologie certains de ces symptômes (Dozier et al., 1999).

4.8.4 Attachement et modèles psychosociaux de la psychose

Dans ce chapitre, nous éviterons de revenir sur toute la symptomatologie de la schizophrénie présentée dans la première partie de ce travail afin de nous concentrer sur l'étude de l'attachement dans la psychose. Ces études ont recours à la théorie de l'attachement conceptualisée par Bowlby et Ainsworth. Mais le fondateur de la théorie n'a pas lui-même entrepris des études sur l'attachement dans la psychose. Néanmoins, dans le second tome de la trilogie où il expose sa théorie, il reprend le réexamen par le psychiatre Nederland du cas de Schreber. Il s'agit du fameux cas du président Schreber, préalablement analysé par Freud et dont découlent toutes les théories psychanalytiques freudiennes sur les symptômes paranoïaques. Nous souhaitons brièvement revenir sur le regard que porte Bowlby sur ce réexamen. Après sa sortie de l'institution psychiatrique où Schreber avait résidé pendant neuf ans en raison d'une rechute, ce dernier écrivit ses mémoires. En voici un passage que Bowlby reprend dans son ouvrage : « Depuis mon premier contact avec Dieu jusqu'à ce jour, mon corps a été constamment le siège de miracles divins. Pas un seul membre ou organe de mon corps qui n'ait échappé au fait d'être temporairement endommagé par des miracles (...) Encore aujourd'hui les miracles dont je subis l'épreuve heure après heure sont de nature à effrayer à mort tout autre être humain. » (Freud, 1911, in Bowlby, 1973) dans son analyse a tenté d'expliquer les expériences décrites par Schreber comme résultant d'une projection sur le monde extérieur de ce qu'il ne pouvait pas supporter comme faisant partie de lui-même. En d'autres termes, une perception interne subit une déformation délirante pour parvenir au conscient sous forme d'une perception venant de l'extérieur. Selon Freud, l'amour que Schreber éprouvait à l'intérieur pour Dieu était alors perçu comme de la haine venant de l'extérieur, car il ne

pouvait supporter au niveau conscient la dimension homosexuelle de cet amour. Niederland attire alors l'attention sur les méthodes pédagogiques maltraitantes que prônait le père de Schreber dans ses publications sur l'éducation physique et morale des enfants. Dans ses écrits, son père mentionnait à plusieurs reprises avoir appliqué ces méthodes avec ses propres enfants. Il avait par exemple mis en place des dispositifs qui tiraient les cheveux des enfants ou les blessaient au niveau du dos ou de la nuque s'ils ne se tenaient pas droit. Il décrivait les menaces et châtiments qui, appliqués dès l'âge de cinq ou six mois, assuraient au parent une emprise totale et définitive sur l'enfant. Niederland compara alors les miracles que Schreber disait subir de Dieu et les sévices que lui avait fait subir son père dans le cadre de son éducation. Bowlby nous dit que les ressemblances sont notées point par point. Selon Niederland, Freud avait lui-même, vers la fin de sa vie, mis en parallèle le contenu des hallucinations avec des expériences précoces en lien avec les parents qui ressurgissent. Cependant, il n'a pas davantage creusé cette problématique. Bowlby se demande alors pourquoi les patients ne parviennent souvent pas à se souvenir de la manière dont leurs parents les traitaient durant leur enfance. A ce propos, il souligne l'importance des injonctions implicites ou explicites que les parents transmettent à leurs enfants ; par exemple l'injonction de prendre tout ce qu'on lui donne comme étant positif pour lui ; ou encore l'injonction de considérer ses parents comme des figures idéales, au-dessus de toute critique. Bowlby s'appuie dans son argumentation sur les publications de Schatzman (1971, in Bowlby, 1973) qui soutiennent que les enfants souhaitent construire une image favorable de leurs parents et modifient leur perception dans ce sens. Pour Bowlby, il est ainsi nécessaire de prendre en compte le vécu réel des patients durant leur enfance pour parvenir à donner du sens à leurs peurs et expériences pathologiques. Les symptômes paranoïaques qui dans la conception freudienne étaient considérés comme autogénérés et imaginaires apparaissent alors comme des réactions intelligibles mais déformées des événements historiques.

Il faut mentionner que ce que Bowlby décrit ici au fond, est le fait qu'en idéalisant ses parents, l'enfant répond à un besoin fondamental, celui de maintenir le lien d'attachement à ses parents, lien qui assure sa survie. Par ailleurs, nous pouvons remarquer que dans le cas de Schreber, Bowlby ne discute pas le rôle que vient jouer « Dieu » dans l'expérience hallucinatoire du patient. Nous nous pencherons sur les fonctions psychologiques de la culture et de la religion plus loin dans ce chapitre.

A ce jour, il existe encore relativement peu d'études ayant investigué de manière systématique l'attachement dans des populations psychotiques avec des méthodes

permettant de prendre en compte non seulement les représentations d'attachement en lien avec les souvenirs d'enfance et la relation aux parents mais encore la dimension interrelationnelle adulte.

Cependant les rares études l'ayant fait révèlent un taux d'attachement inséure particulièrement élevé dans la population psychotique. Ces résultats mettent l'accent sur l'importance d'investiguer davantage la dimension de l'attachement dans la psychose.

La majorité des études ayant travaillé sur les styles d'attachement dans la psychose prenant en compte d'une part l'attachement aux parents et d'autre part les représentations d'attachement à l'âge adulte ont été entreprises par Dozier et ses collègues à la fin des années quatre-vingt-dix. Ce groupe de recherche a étudié les styles d'attachement dans des populations psychiatriques hétérogènes, composées de patients souffrant de schizophrénie, de troubles schizo-affectifs, de troubles bipolaires ou de dépressions lourdes. Ces études ont toutes employé l'Adult Attachment Interview et la méthode de Kobak afin de déterminer le style d'attachement d'un patient. Elles ont mis en évidence un niveau plus élevé d'attachement inséure et plus spécifiquement d'attachement de type inséure-détaché dans les populations psychotiques, par rapport à des populations présentant plutôt des thymopathies telles que les dépressions graves ou les troubles bipolaires (Dozier, 1990 ; Dozier et al., 1994). Cette différence n'a cependant pas pu être mise en évidence de façon significative dans ces études dans la mesure où l'échantillon choisi était trop restreint. Ces études mettent en garde quant à l'utilisation du AAI avec une population psychotique, car elles supposent que les symptômes psychotiques positifs tels que la désorganisation – « sauter du coq à l'âne au niveau sémantique du discours » – risqueraient de provoquer une cotation de « U », désorganisés-désorientés. En d'autres termes, selon eux il faut utiliser le AAI avec précaution dans les populations psychotiques en raison des symptômes positifs qui risqueraient de fausser les mesures du AAI.

Cependant, on retrouve des résultats similaires dans une étude sur un grand échantillon de personnes – huit cents – souffrant de schizophrénie. Ici, le niveau d'attachement inséure apparaît comme significativement plus élevé dans une population psychiatrique par rapport à un groupe-contrôle, mais plus spécifiquement encore, les chercheurs mettent en évidence la prévalence d'un attachement inséure détaché dans la population psychotique. Cependant, dans cette étude, Mickelson et ses collègues (1997) ont utilisé la méthode de Hazan et Shaver (1987). Ces résultats reposent donc exclusivement sur la mesure des styles d'attachement adulte dans les relations

romantiques. Or ces outils d'investigation de l'attachement sont discutables au niveau de leur validité. En effet, ils ne permettent pas de mettre en lien les types d'attachement avec les expériences relationnelles précoces mises en évidence par l'étude des enfants et l'observation des interactions dans la situation étrange.

Ce n'est que récemment – alors que notre étude était déjà en cours – qu'une équipe de recherche en Ecosse a entrepris des « Adult Attachment Interview » avec 31 patients souffrant de psychose débutante. Ces personnes ont été interviewées une fois stabilisées, suite à un premier épisode psychotique (Macbeth et al., 2011). Parmi celles-ci, 17 personnes avaient un attachement de type insécure-évitant (Ds), 10 avaient un attachement de type désorganisé-désorienté (U/d), quatre avaient un attachement de type sécure (Secure/freely) et trois avaient un attachement de type insécure-préoccupé. Il est intéressant de noter que dans leur échantillon, les patients ayant été classés dans le groupe des insécures-évitants étaient significativement plus jeunes que les autres, avec une moyenne d'âge de 18 ans au lieu de 25 ans pour les autres groupes. Leur étude ne relève aucun lien entre les symptômes mesurés par la PANSS (Positive, Negative or General Psychopathology scores). Selon Macbeth et ses collègues (2011), cela montre que les variables mesurées par la dimension narrative de l'Adult Attachment Interview ne sont pas en lien avec les symptômes psychotiques comme ont pu le signaler antérieurement les études de Dozier et d'autres chercheurs (Dozier et al., 1999). Ainsi, l'Adult Attachment Interview serait parfaitement adapté à la mesure du type d'attachement de manière valide chez des personnes souffrant de schizophrénie. Les chercheurs ont également mesuré les scores de mentalisation, indiquant la capacité qu'a une personne de se représenter ses émotions et cognitions ainsi que celles des autres. Leurs résultats montrent que les patients ayant un attachement sécure ont des scores plus élevés que les patients ayant un attachement insécure. Il est intéressant de relever ici qu'aucun lien n'a pu être identifié entre la capacité de mentalisation et les symptômes. Ces résultats soulignent une fois de plus que la capacité de mentalisation n'est pas une conséquence des symptômes psychotiques, mais est en effet l'expression du type de régulation émotionnelle en lien avec les représentations d'attachement mesurées dans le « AAI ». Par ailleurs, les chercheurs relèvent que les personnes ayant un attachement de type sécure ont une meilleure adhérence au traitement que les insécures. Une des limitations importantes de cette étude, en plus de la taille de l'échantillon, vient du fait que les personnes qui ont accepté d'y participer ont préalablement été sélectionnées par leurs soignants. Il est donc probable que les soignants aient privilégiés pour cette étude des personnes cliniquement plus stables

(Macbeth et al., 2011). Nous retenons tout de même deux idées principales de cette étude. D'une part, l'entretien de l'Adult Attachment Interview semble être parfaitement adapté à l'utilisation avec des personnes souffrant de psychose. D'autre part, l'étude de l'attachement semble être très pertinente dans l'optique de mieux comprendre les types de coping dans la psychose et l'adaptation au traitement (Dozier et al., 1999).

4.8.5 Comment la théorie de l'attachement peut-elle contribuer au développement de théories actuelles de la psychose ?

Jusqu'à présent nous nous sommes davantage concentrés sur les études ayant investigué de manière systématique l'attachement dans des populations psychotiques avec des méthodes permettant de prendre en compte d'une part les représentations d'attachement en lien avec les souvenirs d'enfance et la relation aux parents et d'autre part la dimension interrelationnelle adulte. Cependant, les études ayant investigué plus spécifiquement la dimension du lien parental dans les populations exclusivement psychotiques sont plus nombreuses et ont contribué au développement des modèles cognitifs de la psychose (Berry et al., 2007). Ces derniers mettent en avant l'importance des schèmes de représentations de soi et des autres dans l'évolution et la stabilisation dans la psychose. On entend par « schèmes de représentations » les croyances sur soi et l'idée que se fait le sujet sur la manière dont il peut espérer être traité par les autres. Ces théories postulent que des difficultés dans l'enfance, particulièrement celles qui sont liées à des relations interpersonnelles significatives ou encore des traumatismes interpersonnels survenus plus tard dans le développement d'un individu peuvent entraîner, chez ce dernier, la formation d'une image d'un soi vulnérable et d'une image des autres comme étant des sources d'angoisses. Ces croyances facilitent ensuite le développement et le maintien de symptômes psychotiques (Penn et al., 1997).

Un certain nombre de recherches a étudié le rôle des expériences relationnelles avec les parents dans la psychose, en se servant de l'instrument nommé *Parental Bonding Instrument* (Parker et al., 1979). Cet instrument permet de saisir des expériences liées à l'attachement dans l'enfance du patient. Ces études ont montré que dans la population psychotique, les personnes rapportent plus souvent que leurs parents étaient peu investis dans les soins ou qu'ils étaient surprotecteurs que dans la population non-clinique (Onstad et al., 1993). Ce style parental décrit par la population psychotique, correspond au style qualifié de *contrôle sans affect* (affectionless control) et a pu être corrélé avec une déclaration plus précoce de la schizophrénie ainsi qu'à un risque de rechute plus élevé

(Parker et al., 1979). Il est donc intéressant de voir qu'un lien se dessine entre le vécu d'expériences interpersonnelles traumatisantes dans l'enfance ou à l'âge adulte et le déclenchement d'une psychose. Certaines études mettent en évidence qu'il y a un nombre beaucoup plus important d'expériences interpersonnelles traumatisantes rapportées par des personnes souffrant de troubles psychiatriques graves par rapport à la population générale (Mueser et al., 1998). Morgan et ses collègues (2007) ont noté que des personnes souffrant de psychose, comparées à des sujets-contrôles avaient environ trois fois plus de chances d'avoir perdu un de leurs parents avant l'âge de seize ans. De plus, les événements traumatisants sont corrélés avec une issue négative de la psychose, en prenant en compte la sévérité des symptômes, les comportements d'abus de substance et le nombre de rechutes (Doering et al., 1998). Une étude très récente de Fowler a permis de montrer l'existence d'un lien entre la nature de l'expérience traumatisante d'un côté et la forme et le contenu des symptômes psychotiques de l'autre. Cependant, le mécanisme selon lequel le traumatisme influence la vulnérabilité et l'évolution de la psychose fait actuellement encore l'objet d'un débat (Read et al., 2001). Un certain nombre d'aspects communs a été relevé entre la construction du soi et des autres dans les modèles cognitifs de la psychose et les modèles internes opérants décrits par Bowlby. Les deux modèles théoriques cherchent à montrer comment la représentation qu'une personne a du soi et des autres guide continuellement son attention, génère des attentes et influence les interprétations de nouvelles expériences interrelationnelles (Platts et al., 2002). La théorie de Bowlby concernant la nature des modèles opérants d'attachement et l'importance du relationnel dans la formation des croyances sur soi-même permet de mieux comprendre la cognition sociale ainsi que le développement et le maintien de la psychose (Drayton et al., 1998). Par ailleurs, un certain nombre de concepts développés dans le cadre de la théorie de l'attachement permettrait de compléter la théorisation de la psychose, en montrant comment des expériences interpersonnelles peuvent influencer la cognition sociale, à savoir la construction des croyances qu'une personne développe sur soi et les autres (Pietromonaco & Feldman Barrett, 2000).

Un groupe de recherche anglais a étudié le lien entre les expériences d'une personne avec ses parents durant son enfance et son type d'attachement dans ses relations à l'âge adulte. Leur échantillon était constitué exclusivement de patients souffrant de troubles psychotiques. Ils ont ainsi pu montrer qu'il existe une relation entre une prise en charge parentale pauvre au niveau relationnel (ou des abus parentaux) et le développement d'un attachement insécuré, l'émergence de problématiques de dépendance, de difficultés

dans les relations proches et intimes, ainsi que des anxiétés de séparation et de rejet dans une population psychotique (Tait et al., 2004). Parallèlement, d'autres études montrent que l'aptitude à se représenter nos émotions et états d'âmes ainsi que celles et ceux des autres, se développe de manière privilégiée chez des personnes bénéficiant de relations d'attachement sécurisantes (Meins et al., 1998 ; Fonagy et al., 2002).

Des études longitudinales suggèrent que les difficultés dans le fonctionnement interrelationnel, telles que des anormalités dans la communication, l'isolement social ou encore des relations avec les pairs perturbées, prédisposent des individus à développer une psychose (Harvey, 2001). On peut également supposer que les compétences sociales dans la psychose sont fortement liées au pronostic de la direction dans laquelle elle va évoluer (Penn et al., 1997). La théorie de l'attachement fait des prédictions quant aux relations entre des expériences interpersonnelles antérieures, la manière d'être en relation actuelle et la manière dont des schémas de fonctionnement interrelationnels mal adaptés sont maintenus. Elle offre aussi un cadre théorique permettant de conceptualiser la nature fonctionnelle des difficultés interrelationnelles dans la psychose (Mallinckrodt, 2000).

Les résultats des recherches mentionnées ci-dessus soulignent l'importance d'investiguer davantage ce domaine de recherche afin d'acquérir une meilleure compréhension de la manière dont la relation aux parents, le type d'attachement, le fonctionnement interpersonnel ou encore certains traumatismes interrelationnels contribuent au développement d'une psychose et à son maintien. Il nous paraît donc légitime de penser que la théorie de l'attachement propose un cadre théorique intéressant pour chercher à comprendre le rôle d'une part de la cognition et d'autre part des affects dans la détermination d'une certaine vulnérabilité au stress interrelationnel et ainsi tenter de comprendre davantage la dynamique des rechutes dans la psychose (Barrowclough & Hooley, 2003).

4.8.6 Type d'attachement et coping dans la psychose

Rappelons que le coping peut être défini comme l'ensemble des stratégies mises en place consciemment ou non par une personne afin de faire face aux difficultés qu'elle peut rencontrer au cours de son existence. Or, la manière dont les individus gèrent le stress joue un facteur important dans le déclenchement et l'évolution de la psychose (Nuechterlein & Dawson 1984). Des styles d'attachement ont été conceptualisés comme correspondant à différentes méthodes de régulation des affects, ce qui permet de mettre en évidence une certaine prédictibilité des stratégies de coping. De plus, les théoriciens de l'attachement

estiment que la théorie de l'attachement a le potentiel de développer davantage des modèles de coping déjà existants portant sur le rapport stress-vulnérabilité, en avançant des prédictions spécifiques sur les expériences interpersonnelles associées à des méthodes de coping différentes et sur la manière dont les différentes croyances sur soi déterminent des styles de coping différents. Par exemple, certains soutiennent que des individus ayant un attachement de type insécurité-détaché auraient davantage des attentes négatives par rapport à la recherche d'aide (help-seeking) auprès d'autrui et auraient ainsi plutôt tendance à tenter de réguler leur stress par l'évitement, ce qui est en corrélation avec des styles de coping généralement peu efficaces. Des individus ayant un attachement insécurité-préoccupé, qui ont en général davantage des croyances positives sur la recherche d'aide développent cependant des stratégies de régulation affectives relativement inefficaces (Mickulincer & Florian, 1998). Les chercheurs Dozier et Lee (1995) ont trouvé que des individus avec un attachement de type insécurité-détaché ont moins tendance à rapporter leur stress émotionnel que ceux ayant un attachement de type insécurité-préoccupé, alors que ce premier groupe présente souvent des résultats plus symptomatiques que le second mentionné ci-dessus.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'intervention thérapeutique en psychiatrie, nous pouvons supposer que la théorie de l'attachement permettrait de réfléchir au type d'interaction entre soignants et patients, ce qui favoriserait le développement d'une base affective sécurisante pour le patient. Prendre ainsi en compte le style d'attachement du patient permettrait d'adapter la prise en charge thérapeutique de façon à maximiser la possibilité d'aller vers un changement (Mallinckrodt, 2000).

En résumé, nous pouvons retenir qu'un grand nombre de recherches a contribué à étudier la dimension de l'attachement et son implication dans la genèse et l'évolution d'un trouble psychique. Certaines d'entre elles relèvent l'existence d'une certaine vulnérabilité aux maladies psychiques suite à des carences affectives, des négligences, des abus et/ou des pertes vécus par une personne au cours de son histoire et plus particulièrement durant son enfance (Pionnié & Atger, 2003). Plus précisément, parmi les facteurs environnementaux contribuant à la formation de la vulnérabilité psychotique par interaction avec les prédispositions génétiques, a pu être mise en évidence toute l'importance de la dimension des traumatismes précoces, des expériences dans l'enfance et dans la période prénatale (Van Os et al., 2005). Dans ce contexte nous avons signalé la prévalence d'un attachement non sécurisé dans les populations psychotiques par rapport à

des groupes-contrôles, ce qui souligne l'importance de parvenir à mettre en place un cadre thérapeutique visant à aider le patient à construire une base affectivement sécurisante.

En d'autres termes, la théorie de l'attachement propose un cadre théorique intéressant pour la conceptualisation du rôle de la cognition sociale, des expériences interpersonnelles et de la régulation des affects dans le développement à la fois du fonctionnement interrelationnel d'une personne ainsi que de la souffrance psychique qui peut en découler (Mallinckrodt, 2000). Les modèles psychosociaux de la psychose mettent en évidence l'importance des croyances négatives sur soi et le monde social dans le déclenchement et l'évolution de la maladie (Penn et al., 1997). La qualité des relations interpersonnelles d'un patient représente en général un prédicteur important du processus de guérison et du risque de rechute (Platts et al., 2002). A en croire ces modèles, les relations interpersonnelles du passé peuvent augmenter les symptômes et la vulnérabilité à développer des croyances négatives sur le monde social et sur soi-même (Garety et al., 2001).

4.9 Coping spirituel et attachement dans la psychose

Reprenons plus spécifiquement la définition de « coping » de Pargament. Il est important de remarquer que dans cette recherche perpétuelle de sens qui s'opère dans le processus du coping, peuvent intervenir les dimensions du sacré à travers une recherche spirituelle active ou par l'intermédiaire d'un système de croyances religieuses qui influence une personne dans sa construction identitaire (Pargament, 1997). Aussi, nous avons vu préalablement que la dimension du religieux joue un rôle important dans la manière dont les patients psychotiques arrivent à faire face à la maladie (Mohr et al, 2006). Ainsi, nous chercherons à voir à présent, dans quelle mesure la théorie de l'attachement permet d'apporter un éclairage théorique au coping spirituel.

La théorie de l'attachement telle qu'elle a été formulée par Bowlby (1969, 1973) puis reprise et complétée par Ainsworth (Ainsworth et al., 1978) est actuellement probablement le paradigme dominant concernant la dimension du relationnel dans les courants principaux de la psychologie du développement et de la psychologie sociale. En reprenant le cadre théorique de Bowlby, l'attachement a été défini comme étant un type de lien affectif que l'individu développe envers une personne privilégiée et dont il recherche la proximité dans une situation stressante. Ce lien est conceptualisé comme étant durable dans le temps et émotionnellement signifiant. Il est associé à un désir de proximité vis-à-

vis de la figure d'attachement et entraîne une certaine souffrance lors d'une séparation involontaire d'avec cette figure (Bowlby, 1973, 1980 & 1982). La théorie de l'attachement postule que ce lien a pour fonction de créer une base sécurisante, ce qui correspond à la condition *sine qua non* pour permettre à l'individu d'explorer son environnement et de développer une certaine autonomie (Ainsworth et al., 1978). Les comportements d'attachement – c'est-à-dire de tentative de rapprochement ou au contraire de distanciation – sont activés lorsqu'une personne fait l'expérience d'une certaine vulnérabilité liée à la fatigue, à la maladie, au stress, ou à toute forme de souffrance (Bowlby, 1973, 1982). Une figure d'attachement correspond à la personne vis-à-vis de laquelle sont activés des comportements d'attachement. Le lien à une figure d'attachement implique ainsi de la part d'un individu, des comportements de recherche, de maintenance ou de rejet de proximité. Par ailleurs on estime qu'un individu se sert symboliquement de la figure d'attachement comme d'une base sécurisante et qu'il éprouve des angoisses de séparation à son égard (Hazan et Zeifman, 1999). Or, les études sur l'attachement et le coping religieux s'appuient sur le postulat qu'une figure religieuse/spirituelle peut fonctionner comme une figure d'attachement pour la personne croyante. On suppose donc que le lien à la figure ou à l'objet religieux a d'importantes similarités avec le lien qu'un enfant entretient avec ses parents, c'est-à-dire qu'il répond au besoin de mettre en place une base sécurisante face à des situations de détresse (Sroufe & Waters, 1977). Dans la plupart des traditions religieuses occidentales, la relation intime à un Dieu personnel est centrale (Gallup & Jones, 1989 ; in Kirkpatrick, 1999) ; (Hughes, 1989, in Kirkpatrick, 1999) ; (Kirkpatrick & Shaver, 1992). Comme nous le verrons plus loin, pour l'individu croyant, il existe plusieurs manières d'établir le sentiment d'une certaine proximité avec une figure religieuse/spirituelle, telles que les symboles, les rituels ou encore la prière (Kirkpatrick, 1999).

L'idée selon laquelle Dieu ou une figure religieuse/spirituelle peut être investie psychologiquement comme une figure parentale n'est évidemment pas novatrice. Déjà en 1927, Freud rapprochait les caractéristiques du Dieu chrétien de celles de la figure du père. La religion étant alors conceptualisée comme une étape développementale impliquant le dépassement d'une illusion d'un père céleste et protecteur (Freud, 1927 ; 2010). Wenegrat (1989) a constaté que les divinités des plus anciennes religions étaient davantage des figures maternelles que paternelles. Depuis, un grand nombre d'études a cherché à savoir si Dieu ressemblait davantage à une figure maternelle ou paternelle, or les résultats demeurent nuancés. Certaines études révèlent que les représentations de Dieu

s'apparenteraient plutôt à des figures maternelles (Godin & Hallez, 1965 ; Nelson, 1971 ; Strunk, 1959 in Kirkpatrick, 1999). D'autres études révèlent plutôt que les représentations de Dieu reprendraient les caractéristiques du parent préféré (Nelson & Jones, 1957 ; in Kirkpatrick, 1999). La variété de ces résultats suggèrent que les représentations de Dieu empruntent à la fois des dimensions stéréotypiques de la figure maternelle et des dimensions stéréotypiques de la figure paternelle (Vergot & Tamayo, 1981 ; Tamayo & Desjardins, 1976). Indépendamment de la dimension maternelle ou paternelle, plusieurs recherches montrent que les représentations de Dieu peuvent être assimilées aux caractéristiques d'une figure d'attachement. Certains chercheurs, tels que Wenegrat en concluent ainsi après avoir examiné les dimensions de l'attachement dans l'imaginaire des psaumes (1989). Déjà en 1926, Young relève qu'un thème récurrent dans les hymnes protestants est celui d'un « retour infantile auprès d'un protecteur aimant et puissant qui épargne l'humanité entière de tout malheur ». Les termes exacts en anglais sont les suivants : « infantile return to a powerful and loving protector who shields humankind from all harm » (Wulf, 1991, p.304 ; in Kirkpatrick, 1999, p. 805).

Ainsi, selon Kirkpatrick, l'étude de la relation à une figure religieuse/spirituelle représente le lieu privilégié pour étudier l'attachement à l'âge adulte, dans la mesure où dans sa relation à une figure religieuse/spirituelle, la personne adulte se retrouve devant un plus grand que soi qui peut être idéalisé sur le même mode que les enfants qui fantasment sur leurs figures d'attachement primaires comme le décrivait Freud (1927) dans *L'Avenir d'une illusion*. Il mentionne cela en comparaison aux études qui investiguent l'attachement dans la relation amoureuse ou entre pairs, où les modèles internes se complexifient selon lui en raison de la dimension d'équivalent à équivalent dans les relations de pairs et de celle de la sexualité dans les relations amoureuses. Kirkpatrick va même jusqu'à écrire que : « in some important ways, religious belief may provide a unique window into attachment processes in adulthood » (Kirkpatrick, 1999, p.804).

Les recherches en psychologie de la religion se sont concentrées sur le contexte traditionnel et religieux occidental où il est en général question d'un Dieu unique. Cela ne veut pas dire que d'autres figures investies par le religieux dans d'autres traditions spirituelles ne peuvent pas fonctionner selon le modèle de l'attachement. Nous pensons en effet que d'autres figures surhumaines que le « Dieu » chrétien peuvent être investies sur le mode de l'attachement. Même à l'intérieur du christianisme, les croyants ont souvent tendance à parler d'une relation au quotidien avec Jésus au premier plan, alors que Dieu demeure une figure plus distante, au deuxième plan. Dans le catholicisme plus

particulièrement, la Vierge Marie tend à représenter les fonctions maternelles en lien avec l'attachement (Wenegrat, 1989). Hors du contexte chrétien, les divers systèmes de croyances proposent une grande variété de divinités pouvant être investies comme des figures d'attachement. Selon Kirkpatrick, même dans des religions au fond athéistiques, telles que l'hindouisme ou le bouddhisme, les personnes croyantes ou pratiquantes tendent à s'accrocher à des divinités personnelles importées d'anciennes religions folkloriques (Kirkpatrick, 1994, for a discussion in Kirkpatrick, 1999). Ainsi nous approcherons la relation qu'une personne peut entretenir avec une figure ou un objet religieux ou spirituel, quelles que soient la tradition religieuse ou la représentation spirituelle personnelle de référence, en nous appuyant sur l'arrière-plan théorique de l'attachement.

4.9.1 Critères d'identification d'une figure d'attachement religieuse/spirituelle

Reprenons à présent de manière plus approfondie la manière dont Kirkpatrick identifie chez le croyant si une figure spirituelle remplit pour lui la fonction d'une figure d'attachement. Selon la théorie de l'attachement, quatre critères permettent de déterminer si une personne remplit la fonction de figure d'attachement sécurisante pour un nourrisson.

Le premier a été décrit par Bowlby (1969) comme étant la tentative du nourrisson de maintenir la proximité à sa figure d'attachement. Afin de parvenir à une proximité physique, les nourrissons déploient tout un ensemble de comportements tels que pleurer, lever les bras au ciel ou encore se cramponner à l'adulte. Progressivement, avec le développement des compétences cognitives, les enfants plus âgés se satisfont d'une proximité non physique qui peut passer par un échange verbal, un contact visuel voire par la simple prise de connaissance de l'endroit où se situe le parent (Bretherton, 1987). Ces dernières observations laissent penser que l'être humain peut avoir recours à une figure d'attachement et entretenir une relation avec elle sans qu'il y ait de contact effectivement corporel. Selon Kirkpatrick, les croyances religieuses offrent tout un ensemble de conceptualisations autour de la proximité que le croyant peut établir et maintenir avec une figure spirituelle telle que Dieu. Il mentionne qu'une dimension souvent centrale des monothéismes est l'idée selon laquelle Dieu serait « omniprésent ». Cette caractéristique même de Dieu permettrait au croyant de se sentir à tout moment proche de lui. Il précise qu'il existe de nombreux passages dans la littérature religieuse où la figure de Dieu est décrite comme se trouvant toujours à nos côtés, nous tenant toujours la main, ou encore nous surveillant de jour comme de nuit. Parallèlement à cette caractéristique d'omniprésence de la figure divine, les différentes traditions religieuses proposent divers

lieux permettant aux croyants d'être plus proches de leur Dieu. Des objets symboliques religieux, tels que des croix, des bijoux ou encore des peintures dans les diverses traditions religieuses peuvent aussi être utilisés pour rappeler au croyant la présence de Dieu. Cela laisse penser qu'un certain nombre d'objets ou comportements à signification religieuse est investi comme des « objets ou phénomènes transitionnels ». Ce terme est employé par Winnicott pour décrire les premières possessions de l'enfant, auxquelles il attribue progressivement une signification particulière. Winnicott parle de phénomènes transitionnels parce qu'ils se situeraient psychiquement dans une zone intermédiaire entre le « moi » – auquel ils n'appartiennent pas complètement puisqu'il ne s'agit pas d'une illusion – et le « non moi », puisque l'importance cruciale attribuée à l'objet dépend de l'imaginaire. L'enfant tend à emmener ces objets avec lui partout et y a particulièrement recours lors d'une séparation d'avec ses parents comme par exemple, au moment d'aller dormir. Ces objets ont alors pour fonction de calmer l'angoisse en créant un lien symbolique avec les objets parentaux, hors de son champ de vision. Winnicott parlait de « schèmes des phénomènes transitionnels » dont il situe l'apparition à un moment donné dans le développement normal de l'enfant, lui permettant d'aller petit à petit vers une plus grande autonomie. Les objets transitionnels de l'enfant sont voués au désinvestissement progressif pour laisser la place à des phénomènes transitionnels plus diffus à l'âge adulte, répandus dans tout le domaine de la culture, auquel appartient également le religieux.

Selon Reed (1978), repris par Kirkpatrick (1999), la manifestation la plus évidente d'un comportement d'attachement, c'est-à-dire d'une recherche de proximité du croyant envers sa figure spirituelle, se trouve dans une certaine forme de prières. Suite à ses études sur la prière, Heiler affirme que le croyant fervent pense effectivement parler à un Dieu intime immédiatement présent durant la prière. Il ajoute que la personne qui prie se sent alors très proche de ce Dieu intime (Heiler 1932, p 356 in Kirkpatrick, 1999). Le texte de Hood (Hood et al., 1996), montre que toutes les prières ne sont pas d'ordre relationnel. Il faut donc plus particulièrement parler de la prière dite « contemplative » – visant le ressenti subjectif de la présence de Dieu – et de la prière dite « méditative » – impliquant la relation d'une personne avec son Dieu – pour mieux comprendre comment la prière peut avoir pour fonction la recherche et le maintien d'une certaine proximité entre le croyant et sa figure spirituelle (Kirkpatrick, 1999).

Selon le deuxième critère de Bowlby, une figure d'attachement doit représenter un havre de sécurité. Il mentionne trois types de situations qui sont susceptibles d'activer les comportements d'attachement. Parmi ces situations on retrouve 1) l'occurrence

d'événements inquiétants dans l'environnement de la personne, 2) la fatigue, la maladie ou encore le cas de la blessure, 3) toutes les situations de séparations réelles ou imaginées (Bowlby, 1969). Or selon Kirkpatrick, l'un des comportements humains les mieux documentés en psychologie de la religion est le fait de se tourner vers Dieu (dans une perspective occidentale) ou le religieux au sens large dans des situations de détresse. On compte plus particulièrement parmi ces situations de détresse susceptibles d'activer le système d'attachement : l'expérience de perte, de deuil, de divorce (Granqvist & Hagekull, 2000, 2002 ; Loveland, 1968), de crises émotionnelles (James, 1902 : Starbuck, 1899) ainsi que de problèmes relationnels (Ullman, 1982). Il est intéressant de relever aussi, que dans des situations de détresse, les personnes ont plutôt tendance à se mettre à la prière qui, selon Kirkpatrick, est considérée comme un comportement d'attachement, plutôt que d'aller à l'église (Argyle & Beit Hallahmi, 1975).

Selon le troisième critère de Bowlby, une figure d'attachement a la fonction d'une base sécurisante pour la personne. La fonction de base sécurisante se distingue de celle de *havre de sécurité*. Le *havre de sécurité* est un lieu vers lequel se tourner dans des situations de détresse, alors que la *base sécurisante* sert d'appui stable à partir duquel peut se faire l'exploration de l'environnement. Pour Kirkpatrick il est facile d'imaginer qu'une figure omniprésente, voire omnipotente, puisse procurer le sentiment d'une base sécurisante par excellence. Kaufman (1981) estime que Dieu représente dans ce sens une figure d'attachement parfaitement adéquate. A ce sujet, Kirkpatrick (1999) fait référence au psychologue de la religion Led Johnson, qui pensait que la qualité émotionnelle de la foi se révèle au travers de la confiance qu'une personne peut accorder à sa figure spirituelle concernant sa protection. Selon lui, plus cette confiance est grande, plus elle devrait lui procurer du calme et un sentiment de sécurité. Dans ce sens, une foi intense – au sens d'une confiance accordée à quelqu'un – irait à l'encontre de l'anxiété et des doutes. Cette confiance représenterait donc une assurance émotionnelle permettant de garder le calme dans des situations de danger ou de confusion. On retrouve une grande similitude entre la définition que Johnson donne de la foi et la base sécurisante décrite par Bowlby dans sa théorie de l'attachement (1969). Malheureusement, l'effet des comportements spirituels ou religieux sur les cognitions, les émotions et les comportements a beaucoup plus été étudié dans des situations de stress, de maladie et de détresse émotionnelle. On connaît ainsi beaucoup moins bien l'effet des comportements et croyances spirituelles et religieuses sur les cognitions et émotions en l'absence de ces situations. En d'autres termes, il existe beaucoup moins d'exemples précis permettant d'illustrer la fonction d'une base sécurisante

du religieux/spirituel que celle d'un havre de sécurité (Kirkpatrick, 1999). Diverses études montrent qu'une religiosité intrinsèque est corrélée positivement avec un sentiment de compétence et de contrôle (Ventis, 1995 ; in Kirkpatrick) et est associée à une approche active et flexible dans la gestion de problèmes (Pargament, Steele, & Tyler, 1979 in Kirkpatrick). De plus, la foi religieuse semble induire une attitude optimiste face au futur à long et court termes (Myers, 1992 ; in Kirkpatrick). Ces résultats, selon Kirkpatrick, montreraient qu'au moins certaines formes de croyances et de comportements spirituels/religieux promeuvent cette attitude confiante et sûre de soi qu'est supposée apporter une base sécuritaire (Kirkpatrick, 1999).

Selon le quatrième critère décrit par Ainsworth (1985), un individu va éprouver de l'anxiété face à une séparation réelle ou imaginée d'avec sa figure d'attachement ou face à la perte réelle ou imaginée de cette dernière. Selon Kirkpatrick, il est difficile d'identifier ce quatrième critère – décrit ci-dessus – dans la relation qu'une personne estime avoir avec une figure spirituelle, parce qu'une personne ne peut pas perdre cette figure comme elle pourrait perdre son partenaire de vie humain, par un décès, un déménagement ou un divorce. Cependant, selon Kirkpatrick, on peut retrouver des indices d'anxiété de séparation lorsque la personne pense à sa réunion ou non avec la figure de « Dieu » à la fin de sa vie. Par exemple lorsqu'elle mentionne être inquiète à l'idée d'avoir péché ou évite de pécher afin de gagner sa place au paradis, en d'autres termes auprès de Dieu. Une autre situation où l'on est susceptible de trouver des signes de deuil, est lors d'une déconversion. Même si dans ce cas de figure, la personne a elle-même décidé d'abandonner Dieu. Wright (1987, in Kirkpatrick, 1999) a pu mettre en évidence l'expérience d'angoisses de séparation chez des sujets, suite à des déconversions ou encore suite à des apostasies qui ne sont autrement observables que consécutivement à des séparations d'avec les figures d'attachement. Il a décrit ce processus comme étant psychologiquement analogue à ceux d'un divorce ou d'une situation de dissolution d'une relation interpersonnelle proche. Selon Kirkpatrick, il pourrait être intéressant d'étudier davantage les suites psychologiques d'excommunications ou d'exclusions non volontaires de communautés religieuses afin de voir si l'on retrouve des manifestations de deuil. On peut probablement également compter comme des manifestations anxieuses à l'idée d'une séparation d'avec la figure religieuse/spirituelle, d'une part les expériences d'abandon de Dieu autour de la thématique du désert – rapportées par certains chrétiens – et d'autre part, le fondamentalisme en tant que rigidification des croyances face à la menace des doutes potentiels, suscités par la confrontation à d'autres courants religieux/spirituels.

4.9.2 Différences interindividuelles dans la spiritualité/religiosité en lien avec les modèles internes d'attachement

Différentes études empiriques ont investigué la religiosité en lien avec l'histoire d'attachement individuelle de la personne (Granqvist, 1998, 2002 ; Granqvist & Hagekull, 1999, 2002, 2003 ; Kirkpatrick, 1999) ou en lien avec les relations romantiques d'attachement (Byrd & Boe, 2000 ; Granqvist, 2002 ; Granqvist & Hagekull, 2000 ; Kirkpatrick, 1997, 1998).

Kirkpatrick et Shaver (1992) ont tenté de mesurer la qualité de l'attachement que des personnes croyantes pouvaient avoir vis-à-vis de leur figure spirituelle, en se basant sur leur représentation de cette dernière. Ils ont classé les sujets selon trois types de représentations : ceux qui se représentaient « Dieu » comme étant disponible et répondant, ceux qui se représentaient « Dieu » comme étant distant et inaccessible, et ceux qui se le représentaient comme étant disponible de manière inconsistante et sur lequel il est difficile de pouvoir compter. Ces chercheurs ont également mesuré le type d'attachement que ces personnes avaient vis-à-vis de leur partenaire amoureux. Ensuite une dichotomie a été introduite entre ceux qui avaient un attachement sûr et ceux qui avaient un attachement insûr envers leur partenaire. Or les participants ayant un attachement sûr à leur partenaire avaient 76% de chances de témoigner d'un attachement sûr à leur figure spirituelle. Cette étude a été refaite en Caroline du Sud avec un échantillon de plus de 400 sujets. Les résultats trouvés étaient similaires (Kirkpatrick, 1999). Il est intéressant de mentionner le fait que dans cette étude, un grand nombre des participants sûrs (36%) se disait « chrétien évangélique », en comparaison aux autres groupes des participants insûrs (insûrs évitants (22%) et insûrs anxieux/ambivalents (20%)). Or cette orientation à l'intérieur du christianisme met particulièrement au centre la relation personnelle et intime à « Dieu » et « Jésus ». Parallèlement, la majorité d'athéistes et d'agnostiques se trouvait dans le groupe des participants insûrs évitants. Ces résultats suggèrent que le modèle interne opérant activé dans la relation amoureuse avec le partenaire serait également activé dans la religiosité. En d'autres termes, une personne qui tend à rechercher de la sécurité auprès de son partenaire amoureux et à en trouver serait plus susceptible de rechercher également une certaine sécurité au travers du relationnel dans le contexte de sa religiosité/spiritualité. A l'opposé, une personne qui ne recherche pas la proximité de l'autre pour trouver de la sécurité ou qui l'évite par peur du rejet, aura moins tendance à investir la dimension religieuse/spirituelle. Ces recherches soulèvent

ainsi un certain nombre de questions quant à la pluralité des fonctions psychologiques du religieux. A l'extrême, cela reviendrait à réduire la religiosité/spiritualité à la recherche de sécurité auprès d'un plus grand que soi.

Toujours dans le contexte du paradigme de l'attachement dans la relation romantique, Bartholomew (1990) a divisé la catégorie insécure-évitante en deux sous-catégories qui correspondraient à deux patterns d'évitement distincts : les vrais évitants « distants » qui ne chercheraient en effet pas la sécurité dans leur relation aux autres et les évitants anxieux qui resteraient à distance par peur du rejet. Bartholomew a ensuite introduit une matrice articulant une représentation de soi positive ou négative et une représentation des autres positive ou négative en fonction des quatre catégories. Dans ce contexte, les « sécures » auraient une représentation positive de soi et des autres, les « insécures-évitants-anxieux » auraient une représentation négative de soi et des autres, les « insécures-anxieux-ambivalents » auraient une représentation négative de soi et une représentation positive des autres et les « insécures-évitants-distants » auraient une représentation positive de soi et négative des autres.

Précisons que selon Bartholomew (1990), le type insécure-évitant mesuré par le système de cotation de Hazan et Shaver serait essentiellement le sous-type évitant-anxieux. Rappelons à ce sujet que les enfants placés dans la catégorie des « anxieux-évitants » par Ainsworth, ont appris dans la situation étrange qu'ils ne parviendront pas à réguler leurs émotions en cherchant la proximité de leur figure d'attachement. Ces enfants paraissent autonomes et distants, cependant leur taux de cortisol est beaucoup plus élevé que celui des enfants placés dans la catégorie sécure et surtout met beaucoup plus de temps à se réguler (Pierrehumbert, 2005). On peut donc se demander si finalement, la catégorie des insécures-évitants chez les adultes ne décrit pas, par définition, des personnes qui ont une crainte de la proximité. On pourrait en effet supposer que la distanciation relationnelle et l'évitement affectif sont justement l'expression de la crainte d'être rejeté ou frustré par l'autre. En d'autres termes, les « insécures-évitants-distants » de Bartholomew seraient peut-être tous des « insécures-évitants-anxieux » dont les pensées et émotions anxieuses n'ont pas pu être identifiées. On peut en effet se demander si une représentation positive de soi associée à une représentation négative des autres, ne pourrait pas être la manifestation d'un processus psychique d'une compensation narcissique.

Quoi qu'il en soit, Kirkpatrick (1998) a effectué une étude longitudinale en utilisant le système des quatre catégories de Bartholomew et Horowitz (1991) avec un échantillon

de 1300 étudiants. Dans cette étude, une représentation positive de soi et des autres était corrélée positivement avec des scores élevés sur l'échelle de mesure de la religiosité. Une analyse plus détaillée a révélé des liens importants entre la représentation de soi et une représentation d'un « Dieu » aimant ou au contraire distant. Les représentations des autres prédisaient davantage la croyance ou non en un « Dieu personnel » ou la conviction ou non d'avoir une relation personnelle avec « Dieu ». Plus d'études seraient nécessaires pour mieux décrire les modèles psychiques en lien avec les représentations de figures spirituelles/religieuses. Néanmoins, à en croire ces résultats, une personne ayant une représentation positive de soi aura davantage tendance à développer l'image d'une figure spirituelle aimante et disponible qu'une personne ayant une représentation négative de soi. Or, le fait qu'une personne puisse concevoir une relation personnelle à une figure spirituelle ou non, dépend davantage de sa représentation des autres. Ces résultats suggèrent que la représentation qu'une personne peut construire d'une figure religieuse/spirituelle et la relation qu'elle peut concevoir avec cette dernière, mobilise les modèles internes opérants impliqués dans les processus d'attachement (Kirkpatrick, 1999).

4.9.3 Une figure d'attachement de substitution

Les études mentionnées ci-dessus illustrent une manière dont les croyances et pratiques religieuses seraient susceptibles de refléter les processus d'attachement. Kirkpatrick en propose une autre. Il pense qu'une personne peut avoir recours à une figure religieuse/spirituelle pour pallier l'absence, la perte ou l'inadéquation de sa figure d'attachement. Selon lui, dans certaines conditions les individus anticiperaient le fait que malgré leurs efforts pour obtenir une proximité adéquate à leur figure d'attachement, la réassurance qui en découle serait insuffisante. Dans ce contexte, ils pourraient alors rechercher une figure d'attachement alternative. Il mentionne ensuite plusieurs contextes dans lesquels la recherche d'un substitut pourrait avoir lieu.

D'après l'auteur, un tel cas de figure pourrait être observé tout d'abord indépendamment de l'histoire d'attachement d'une personne, lorsqu'elle doit faire face à une situation de danger extrême qui dépasse les compétences de gestion de sa figure d'attachement primaire. Les enfants ont, pour leur part, tendance à fantasmer leurs parents comme étant omniprésents et omnipotents. Les adultes en général, mêmes ceux bénéficiant d'un attachement très sécurisé, reconnaissent les limites humaines de leurs figures d'attachement face à des crises existentielles. L'être humain est en effet confronté à des situations où aucun degré de proximité d'une figure d'attachement humaine n'est plus

suffisant pour restaurer un sentiment de sécurité (Kirkpatrick, 1999). Le chercheur américain Allport (1950, in Kirkpatrick) a particulièrement étudié ce phénomène auprès de vétérans de guerre, suite à la deuxième guerre mondiale. Dans de tels contextes, une figure d'attachement omniprésente et omnipotente qui transcende les limites humaines peut alors devenir un substitut attrayant.

Un autre type de situation où une personne est susceptible d'avoir recours à une figure d'attachement alternative est lorsque sa propre figure d'attachement n'est pas disponible. Les couples ont parfois à supporter des moments de séparation temporaire au cours desquels les enfants doivent supporter des périodes de séparation d'avec leurs parents. Or, si le système d'attachement est fortement activé durant ces moments de séparation, les individus auraient alors tendance à rechercher des figures d'attachement alternatives (Kirkpatrick, 1999). La perte permanente d'une figure d'attachement à travers la mort de cette dernière représente une situation particulièrement stressante parce qu'en plus de la dimension tragique de la situation même, elle supprime la ressource principale de la personne face à sa détresse. Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, de nombreuses études ont montré que les individus se tournent vers le religieux et particulièrement vers une relation intime avec une figure spirituelle dans des situations de crise et de détresse importantes (Starbuck, 1899 ; James, 1902 ; Loveland, 1968 ; Parkes, 1972 ; Haun, 1977 ; Ullman, 1982 ; Granqvist & Hagekull, 2000, 2002).

Un autre type de situation qui peut pousser un individu à rechercher des figures d'attachement alternatives, est selon Kirkpatrick, une histoire d'attachement insécure. Plusieurs chercheurs ont mentionné que les enfants ne bénéficiant pas d'une relation d'attachement sécurisante avec les premières personnes de soins ont tendance à rechercher des figures d'attachement substitutives, telles que des professeurs scolaires, des sœurs ou des frères aînés, d'autres membres de la famille ou toute autre personne plus âgée de leur entourage, considérée comme plus forte, plus sage et qui se montre disponible et répondante (Ainsworth, 1985). Selon Kirkpatrick, même si Mary Ainsworth n'a pas compté les figures spirituelles ou religieuses parmi ces substituts possibles, il est parfaitement envisageable que ces dernières puissent être investies sur ce mode par des personnes ayant une histoire d'attachement insécure (Kirkpatrick, 1999). En 1990, Kirkpatrick et Shaver ont publié une recherche dans laquelle ils avaient demandé à des gens, par l'intermédiaire d'un journal, de se situer en fonction de trois récits portant sur les expériences d'attachement avec chacun des deux parents séparément durant l'enfance. Les participants se sont donc situés en fonction de récits d'expériences prototypiques pour les

personnes ayant un attachement de types sécure, insécure-évitant et insécure-ambivalent. Les principaux résultats ont montré que les personnes qui avaient un attachement insécure-évitant à leur mère durant leur enfance avaient 44% de chances d'avoir vécu une conversion religieuse soudaine. Cela, alors que seuls 9% de ceux ayant eu un attachement sécure à leur mère et 8% ayant eu un attachement insécure-ambivalent à leur mère avaient vécu une telle conversion. L'attachement au père semblait moins prédictif des expériences de conversion religieuses. Les personnes ayant eu un attachement insécure-évitant à leur mère avaient aussi plus tendance, à l'âge adulte, à aller à l'église et à croire en un « Dieu » personnel avec qui ils pouvaient entretenir une relation intime, par rapport aux deux autres groupes. Cependant, cela n'était vrai que pour les personnes dont les mères n'étaient pas particulièrement croyantes. On retrouve dans ces études l'idée que la religiosité et tout particulièrement la relation à une figure religieuse/spirituelle personnelle s'inscrirait dans une tentative de compenser un attachement insécure-évitant vécu durant l'enfance. En d'autres termes, les personnes ayant eu un attachement insécure-évitant à leur mère durant leur enfance auraient plus tendance à rechercher des figures d'attachement substitutives dans la religion ou la spiritualité, mais uniquement si leurs mères n'étaient elles-mêmes pas croyantes. Ces résultats sont intéressants mais davantage d'études sont nécessaires pour mieux comprendre le lien entre l'histoire de l'attachement et la religiosité.

Généralement, les personnes ayant un modèle interne d'attachement insécure ont plus de difficultés à l'âge adulte d'établir des relations amoureuses satisfaisantes. Les personnes ayant un attachement insécure évitant ont tendance à craindre, à éviter ou à accorder moins d'importance aux relations intimes, alors que les personnes ayant un attachement insécure ambivalent tendent à demander plus de proximité, de réassurance et d'intimité qu'un partenaire amoureux ne peut en donner. Les relations amoureuses de personnes ayant un attachement insécures sont en moyenne moins durables dans le temps que celles de personnes ayant un attachement sécure (Kirkpatrick & Davis, 1994 ; Kirkpatrick & Hazan, 1994). Peut-être parce que les personnes insécures évitantes sont moins engagées à maintenir leurs relations, alors que les insécures ambivalents ont tendance à chasser leur partenaire avec leurs demandes excessives (Kirkpatrick, 1999). Dans une étude publiée en 1997, Kirkpatrick montre que sur une période de quatre ans, sur 146 femmes au total, 38% d'insécures évitantes et 36% d'insécures ambivalentes comparés à seulement 19% de sécures rapportent avoir trouvé une nouvelle relation à « Dieu ». Aussi, une majorité de femmes insécures ambivalentes (25%) comparée aux deux autres groupes (insécures évitantes, 7% et sécures, 9%) rapportent avoir fait l'expérience d'une

conversion religieuse. Une explication possible de ces résultats serait que la relation à une figure religieuse/spirituelle peut être librement construite en fonction des propres besoins et désirs. En d'autres termes, selon Kirkpatrick, une figure d'attachement spirituelle ou religieuse ne risque pas de fuir face à des demandes excessives de la même manière qu'un partenaire romantique. Il mentionne qu'il est important de garder à l'esprit que pour un grand nombre de personnes, les dynamiques d'attachement et les croyances spirituelles/religieuses se développent relativement tôt au cours de la vie et demeurent stables. Les croyances spirituelles et religieuses ne peuvent donc pas systématiquement être ramenées à des déficits relationnels. Néanmoins lorsque des changements importants dans la spiritualité/religiosité d'une personne apparaissent et tout particulièrement lorsque ces derniers font intervenir la relation à une figure religieuse/spirituelle, les dynamiques d'attachement sont susceptibles de jouer un rôle important (Kirkpatrick, 1999).

Il nous paraît indispensable à ce stade de nous positionner face à la littérature actuelle sur l'attachement religieux, étant donné que l'idée de compensation tend à y être exploitée de manière abusive. La distinction entre une compensation contextuelle face à l'absence d'une figure d'attachement et la compensation en lien avec l'histoire d'attachement insécure qui motiverait ces personnes à chercher des substituts de figure d'attachement n'est souvent pas discutée. Cependant cette distinction semble indispensable étant donné que dans un cas de figure, l'histoire d'attachement individuelle n'est pas en jeu alors que dans l'autre cas de figure il est indispensable de pouvoir avoir accès aux données relatives à cette dernière. Aussi dans le cas de figure où les chercheurs investiguent la question de la compensation ils devraient identifier quelle figure religieuse/spirituelle est exploitée psychiquement comme figure substitutive. Cependant, dans diverses études ces derniers parlent même de compensation en lien avec l'histoire d'attachement insécure, dans le recours à une religiosité en lien avec les mouvements « new age » où parfois aucune figure ne fait l'objet d'une croyance religieuse/spirituelle (Granqvist et al., 2007). En effet il se peut que des figures spécifiques telles que des personnes décédées, ancêtres, divinités soient investies sur ce mode mais pour pouvoir parler de compensation en ce sens précis, il semblerait indispensable de pouvoir les identifier. Bowlby lui-même considérerait que pour qu'un lien d'attachement puisse être établi un contact physique répété est nécessaire. Néanmoins le concept d'attachement décrit certainement un apprentissage psychique qui peut être mobilisé lorsqu'une figure fait l'objet d'un investissement religieux/spirituel. Cependant pour pouvoir parler de compensation dans l'idée d'un recours à une figure d'attachement substitutive il semble tout de même indispensable de

pouvoir identifier précisément la figure en question. Autrement le recours au modèle de l'attachement dans la tentative explicative de la fonction du religieux ne semble simplement pas adéquat. Cela soulève d'autres questions concernant l'approche évolutionniste en arrière-plan de ce type d'études que nous reprendrons un peu plus loin. Ces remarques montrent également combien ces études s'appuient sur un biais ethnocentrique des traditions religieuses et culturelles dans lesquelles elles sont entreprises. Les terrains devraient être présentés de manière plus explicite et examinés plus attentivement, ce qui permettrait probablement d'éviter un tel degré de réductionnisme scientifique.

4.9.4 Histoire d'attachement et spiritualité/religiosité : hypothèse de compensation versus hypothèse de correspondance

Les résultats des études portant sur l'attachement religieux sont parfois contradictoires. Globalement, ils révèlent un lien plus important entre la religiosité et l'histoire personnelle d'attachement qu'entre la religiosité et l'attachement romantique (Granqvist & Hagekull, 2000). Deux hypothèses générales ont été formulées pour décrire le lien entre l'histoire personnelle d'attachement et la religiosité. La première – l'hypothèse de correspondance – postule qu'une histoire d'attachement sécurisante permet à un individu de développer par la suite une religiosité intense et sécurisante. La deuxième – l'hypothèse de compensation – postule au contraire que c'est une histoire d'attachement insécurisante qui entraîne le développement d'une religiosité intense chez une personne, dans l'optique de compenser le manque de sécurité éprouvé. En d'autres termes, dans la première hypothèse, c'est parce que l'histoire d'attachement sécurisante permet à un individu de développer la capacité de trouver une certaine sécurité dans la religiosité qu'il va davantage se tourner vers cette dimension. Cela reviendrait ainsi à penser qu'un attachement sécurisante permet à un individu de pouvoir se servir d'une figure religieuse/spirituelle comme d'une figure d'attachement. Alors que la deuxième hypothèse cherche à explorer la manière dont une figure religieuse/spirituelle peut, en fonctionnant comme une figure d'attachement, compenser le vécu d'un attachement insécure. Dans cette logique, l'hypothèse de correspondance postule que des comportements spirituels/religieux, suite à l'activation du système d'attachement, seront davantage observables chez des personnes ayant une histoire d'attachement sécurisante parce que ce sont principalement elles qui arrivent à se servir d'une figure religieuse/spirituelle comme d'une figure d'attachement. Dans cette logique, l'hypothèse de compensation postule également qu'une séparation réelle ou

pensée d'avec la figure religieuse/spirituelle activera davantage le système d'attachement chez des personnes ayant une histoire d'attachement insécurisante. Dans les deux cas, on part donc du postulat de base qu'une figure religieuse/spirituelle peut fonctionner comme une figure d'attachement. Plusieurs études empiriques s'appuyant sur l'observation des comportements d'attachement activés lors de l'idée d'une séparation d'avec la figure religieuse/spirituelle soutiennent effectivement ce postulat. Cependant, la logique de compensation montre des limites. Dans des situations où le système d'attachement est activé inconsciemment, des personnes ayant une histoire d'attachement insécurisante ont moins recours au religieux/spirituel que les personnes ayant une histoire d'attachement sécurisante. Cela indiquerait que l'attachement à une figure religieuse/spirituelle fonctionnerait de la même façon que l'attachement aux parents. Dans cette logique, les anxieux – ne disposant pas d'un attachement sécurisant – ont des difficultés à échapper à l'anxiété. L'hypothèse de correspondance est davantage soutenue par les résultats empiriques. Il semblerait ainsi que pour une personne croyante disposant d'un attachement sûr, il soit davantage possible de se servir d'une figure religieuse/spirituelle comme d'une base sécurisante.

Il faut préciser néanmoins que les instruments utilisés pour examiner, d'une part l'histoire d'attachement et d'autre part la manière dont est investie une figure religieuse/spirituelle font beaucoup varier les résultats. Un grand nombre de ces études a recours à des auto-questionnaires dont la validité est parfaitement discutable. De manière générale on observe une prédominance de la correspondance de modèles internes opérants sûrs lorsque l'outil pour examiner le type d'attachement est l'Adult Attachment Interview. Cela dit, les outils utilisés pour examiner la dimension religieuse sont, de manière générale, des auto-questionnaires. Il semblerait intéressant d'entreprendre des entretiens semi-structurés pour parvenir à mieux saisir la complexité des dimensions psychiques mobilisées dans la relation à une figure spirituelle ou religieuse. Dans certaines études, il est intéressant de remarquer que le type d'attachement mesuré par le AAI influence la manière dont le religieux/spirituel est exploité. Par exemple la population des prêtres catholiques ayant participé à l'étude de Cassiba et Granqvist se distingue significativement, au niveau de son type d'attachement, de la distribution dans la population générale. Plus spécifiquement, ils sont beaucoup plus nombreux à avoir un attachement sûr, ce qui soutient l'hypothèse de correspondance. Mais encore faudrait-il pouvoir examiner de manière plus approfondie leur relation spécifique à « Dieu » et non simplement partir de l'hypothèse que la figure d'attachement principale des prêtres

catholiques est forcément « Dieu ». Dans le contexte de l'étude de Granqvist avec des personnes impliquées dans des mouvements « New age », où l'attachement est également mesuré avec le AAI, on constate de nouveau qu'il y a une différence dans le choix de la tradition religieuse selon la dimension sécuritaire ou insécuritaire de l'histoire d'attachement, mais on ne sait pas précisément quelle est cette différence. On observe que les personnes ayant un attachement sécuritaire ont davantage tendance à avoir recours à des contextes religieux plus traditionnels alors que les personnes inséculaires tendent davantage à avoir recours à des courants plus alternatifs que les auteurs classent sous le terme « new age ». Ils interprètent alors ces résultats en expliquant que les personnes sécuritaires tendent à s'inscrire dans la même tradition religieuse que les parents alors que les inséculaires tendent à s'orienter vers d'autres courants. Il faudrait alors encore être certains que les parents de ces personnes n'étaient pas eux-mêmes dans des courants religieux non traditionnels. Mais ce qui est d'autant plus surprenant est l'interprétation des auteurs concernant le recours aux spiritualités « New age ». Selon ces derniers, cela montrerait que ces personnes investiraient le religieux sur le mode de la compensation. Pourquoi ne pas plutôt conclure alors avec une hypothèse de correspondance, en imaginant que les sécuritaires se tournent vers des courants chrétiens traditionnels parce qu'une figure religieuse/spirituelle y est centrale et qu'ils ont les moyens de l'exploiter sur le mode de l'attachement alors que les inséculaires se tournent vers d'autres dimensions du religieux qui ne relèvent pas d'une recherche de sécurité dans le relationnel ? Il est intéressant de constater que les conclusions sur les hypothèses de correspondance et de compensation omettent un certain nombre de questions. Nous avons déjà évoqué préalablement le flou théorique persistant autour de l'idée de la compensation situationnelle, de celle en lien avec une histoire d'attachement insécuritaire et d'une interprétation abusive de tout acte religieux/spirituel comme étant l'exploitation implicite d'une figure d'attachement religieuse/spirituelle substitutive. Cependant l'hypothèse de correspondance soulève d'autres problèmes. Si une personne ayant un attachement insécuritaire investit une figure religieuse/spirituelle sur le mode de l'attachement, ne pourrait-elle pas aussi reproduire un modèle interne opérant insécuritaire dans cette relation ? En d'autres termes pourquoi l'hypothèse d'une continuité des modèles internes opérants n'est-elle pensée que dans le cas de figure où il s'agit d'un attachement sécuritaire ? Ceci soulève non pas une réflexion méthodologique mais une réflexion théorique de fond. Plus précisément nous pouvons observer que ces hypothèses cherchent à expliquer la religiosité des gens à partir de processus adaptatifs d'un point de vue évolutionniste. Un lien insécuritaire à une figure religieuse/spirituelle est dès lors considéré comme non

fonctionnel et devrait alors disparaître selon la loi de Darwin. Or, dans l'optique de mieux comprendre le coping spirituel et certains des processus psychiques sous-jacents, il est probablement nécessaire de poser de nouvelles questions auxquelles ces hypothèses n'apportent pas de réponse. En effet, l'être humain peut avoir recours au religieux/spirituel de diverses manières pour tenter de faire face à une situation difficile. Le recours à une dimension relationnelle rassurante et sécurisante dans le religieux/spirituel en est probablement une. La première question qui se pose alors est de savoir si un style d'attachement en particulier pousse davantage à investir une figure religieuse/spirituelle comme une figure d'attachement. La deuxième question qui en découle est de savoir si le modèle interne opérant est alors transposé dans le domaine religieux et détermine de ce fait la qualité de cette relation. Nous avons vu dans de nombreuses études que l'histoire d'attachement individuelle influence énormément la qualité des relations à l'âge adulte, par exemple les relations de couple. On peut donc imaginer que la qualité de relation à une figure religieuse/spirituelle dépendrait également de l'histoire d'attachement. Selon la théorie de Bowlby, même si les styles d'attachement sont relativement durables au cours de la vie, des expériences relationnelles significatives sont susceptibles de les modifier ou plutôt d'introduire de nouveaux modèles internes opérants. La psychothérapie a souvent été conceptualisée comme permettant de modifier les dynamiques d'attachement. La troisième question qui se pose alors est de savoir si la relation à une figure religieuse/spirituelle permettrait de faire des expériences qui viendraient modifier les styles d'attachement. Nous n'allons pas entrer dans la discussion de la perspective évolutionniste mais, même en restant fidèles à une pensée évolutionniste, nous devrions pouvoir imaginer que cette relation puisse également passer par des phases évolutives où des modèles internes opérants insécures sont mobilisés pour peut-être être progressivement remplacés par des modèles plus sécures. Ou encore dans le cas de figure de personnes ayant un attachement insécure, auquel s'ajoutent des dimensions contextuelles difficiles ne permettant pas le recours à d'autres figures d'attachement – telles que l'isolement social dans l'expérience d'une maladie psychique – on peut simplement imaginer que le recours à une figure religieuse/spirituelle, même sur un mode insécure, demeure plus fonctionnel que de ne pas avoir de lien du tout. Dans la partie concernant la méthodologie de cette étude, nous verrons comment ces questions ont été exploitées dans la formulation des hypothèses.

4.9.5 Attachement religieux/spirituel et dimensions psychologiques du bien-être subjectif

Comme cela a été décrit par Bowlby (1969) et repris préalablement dans ce chapitre, l'une des fonctions d'une figure d'attachement est de servir de base sécuritaire. De manière générale, la conséquence au niveau psychique d'une base sécuritaire est la réduction de l'anxiété, ce qui permet à son tour l'acquisition d'une plus grande autonomie et la possibilité d'explorer plus librement son environnement. Ainsi, si une figure religieuse/spirituelle peut fonctionner comme une figure d'attachement et si l'attachement à cette figure est sécuritaire, alors un individu devrait pouvoir en tirer un bénéfice au niveau psychologique. Il se trouve que la littérature scientifique va dans ce sens. Par exemple « être engagé » au niveau religieux serait corrélé inversement avec des traits de caractère anxieux (Baker & Gorsuch, 1982 ; McClain, 1978). Selon Spilka et ses collègues (1975), la croyance en une divinité positive est corrélée positivement avec une bonne estime de soi. Plus généralement, dans différentes études portant sur des populations d'âges divers, d'affiliations religieuses diverses ainsi que dans des populations cliniques, une estime de soi élevée et un sentiment subjectif positif par rapport à sa qualité de vie sont régulièrement corrélés avec un coping spirituel positif (Koenig *et al.*, 1998b; Mickley *et al.*, 1998; Oler, 1998; Pargament *et al.*, 1998b ; Oler, 1998; Ayele *et al.*, 1999 ; Bagley & Mallick, 1997; Roberts *et al.*, 1997). D'autres études ont montré que la dimension dans l'univers des croyances et des pratiques spirituelles/religieuses qui a le plus d'effet sur la santé mentale et le bien-être psychique est la relation qu'une personne estime vivre avec une figure religieuse/spirituelle (Pollner, 1989). Poloma et Gallup (1991, in Kirkpatrick) ont trouvé des résultats similaires qui indiquent que la prière – et plus particulièrement ce que les sujets décrivaient comme le fait de « faire l'expérience de « Dieu » » subjectivement durant la prière – est corrélée au bien-être psychique plus que toute autre dimension religieuse/spirituelle. Selon Weiss (1982 in Kirkpatrick, 1999), les relations d'attachement jouent un rôle particulièrement important dans la perception subjective de la solitude. Pour rendre compte de cette dimension, il utilise le concept d'« isolement émotionnel » en opposition avec le concept d'« isolement social ». Schwab et Petersen (1990) ont montré que la simple croyance en l'existence de Dieu n'influait pas le sentiment de solitude, alors que la croyance en un « Dieu aidant » était négativement corrélée avec un sentiment de solitude et que la croyance en un « Dieu colérique » était positivement corrélée avec un sentiment de solitude. Dans le même sens, Kirkpatrick (1998) a conclu que la croyance en une relation personnelle avec « Dieu » prédisait un

faible sentiment de solitude. Il est intéressant de mentionner que dans cette dernière étude, ces résultats ne valaient que pour les femmes. Cela suggère potentiellement l'importance de l'influence du sexe sur la relation entre la spiritualité/religion et les variables de bien-être psychologique. Dans les études de Gallanter (1979) et Ullman (1982) les personnes rapportent une baisse de leur niveau d'anxiété, de dépression et de détresse suite à leur conversion religieuse. Globalement, diverses études sur le coping spirituel soutiennent empiriquement ces résultats. La plupart d'entre elles montrent que face à des situations difficiles, certaines dimensions spirituelles ou religieuses peuvent s'avérer utiles pour la personne qui y a recours (Gibbs & Achterberg-Lawlis, 1978 ; Jenkins & Pargament, 1988 ; Maton, 1989 ; Pargament et al. 1990). L'étude de Pargament datant de 1997, montre tout particulièrement que la croyance en une relation collaborative avec « Dieu », ou encore le recours à un soutien spirituel ou une congrégation religieuse, influence l'humeur et l'intensité des symptômes dépressifs. L'importance de la religion en tant que ressource sociale a particulièrement été investiguée chez les personnes âgées qui sont plus susceptibles que les autres d'avoir perdu leurs figures d'attachement, telles que les parents ou partenaires amoureux. De ce fait, un grand nombre d'entre elles vit un isolement social important (Koenig, Georges & Siegler, 1988) ; (McFadden & Levin, 1996, in Kirkpatrick).

Lorsqu'on souhaite étudier trois domaines aussi complexes et multifactoriels que le bien-être psychique, la santé mentale et la spiritualité/religion, il implique de prendre en compte cette complexité au moment où l'on tente d'en examiner les éventuelles interactions. Il se trouve que de nombreuses études montrent combien les croyances et pratiques spirituelles/religieuses peuvent avoir des effets très positifs, très négatifs ou totalement neutres sur le bien-être psychique (Palouzian & Kirkpatrick, 1995). Mais ce que nous retiendrons de ce chapitre est qu'un grand nombre d'études suggère que les croyances et pratiques spirituelles et religieuses influencent le bien-être psychique et la santé mentale au niveau des mêmes dimensions que celles touchées par les processus d'attachement.

Pour conclure, reconnaissons que la dimension de l'attachement occupe de plus en plus une place centrale dans l'étude du coping spirituel. Certains chercheurs étudient les relations entre l'histoire d'attachement et la tendance à se servir d'une figure religieuse/spirituelle comme d'une base sécurisante. Ces recherches permettent entre autres d'explorer les relations entre un attachement insécurisé et les caractéristiques compensatoires de la croyance religieuse.

5 PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Il est temps d'exposer notre problématique et d'introduire les questions de recherche. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, cette recherche poursuit essentiellement deux objectifs. D'une part, nous chercherons à étudier la qualité de l'attachement chez des personnes souffrant de psychose. Nous tenterons d'autre part, à partir du modèle théorique de l'attachement, de mieux comprendre les processus psychiques sous-jacents à certaines formes de coping en lien avec le recours au religieux chez ces personnes. Etant donné la richesse des données auxquelles cette recherche nous menait, il valait la peine de ne pas nous en tenir uniquement à ces deux objectifs principaux, mais d'examiner également la façon dont se situe notre population par rapport à d'autres aspects mis en évidence dans des recherches antérieures publiées sur l'attachement religieux. Nous nous efforcerons cependant de distinguer systématiquement les points centraux – directement en lien avec les deux objectifs principaux de notre recherche – des points annexes dont nous avons estimé qu'ils méritaient néanmoins d'être investigués. A cet effet, nos questions de recherches, formulées sous forme d'hypothèses, suivent deux systèmes de numérotation distincts : les neuf hypothèses principales de notre étude sont indiquées en chiffres romains, les cinq hypothèses annexes ou secondaires sont indiquées en chiffres arabes.

Dans un premier temps nous nous concentrerons sur la question de la qualité de l'attachement chez des personnes souffrant de psychose, dans un deuxième temps nous nous préoccuperons des processus psychiques sous-jacents du coping en lien avec des figures spirituelles ou religieuses.

Dans la partie théorique de cette thèse, nous avons exposé des modèles qui nous ont permis de mieux penser l'intérêt qu'il y a à explorer la qualité de l'attachement chez des personnes souffrant de psychose et à s'interroger sur le rôle de l'attachement dans le recours à des figures spirituelles. Ce travail théorique nous a aussi aidé à mettre en œuvre une méthode de recherche. Les lignes qui suivent ont pour objectif de synthétiser la problématique qui s'est ainsi construite et de montrer comment elle s'opérationnalise sous forme de questions de recherche.

5.1 L'attachement dans la psychose

Les facteurs psychiques dans l'étiologie de la psychose ont été présentés sous divers angles, à partir de différents paradigmes scientifiques dans ce travail. Chaque modèle scientifique ou théorique comporte ses richesses et ses limites.

Rappelons que Minkowski met l'accent sur l'existence d'une vulnérabilité prémorbide présente sous la forme d'un terrain psychique au sein duquel peut s'implanter la maladie à l'âge adulte. Ce terrain psychique se caractériserait par un effort constant de la personne pour se détourner de l'environnement afin d'éviter d'être submergée par des émotions trop intenses. Le concept d'*autisme pauvre* décrit l'appauvrissement psychique qui résulte de ce détournement de l'environnement. Ce dernier sera alors comblé par la construction d'un monde imaginaire qu'il nommera l'*autisme riche*. Selon lui, une fois que la maladie est déclarée, la rupture d'avec la réalité caractéristique du processus psychotique n'est pas totale mais ne concerne que les événements qui sont susceptibles d'activer des expériences émotionnellement chargées du passé de la personne. Le fonctionnement de détournement progressif de l'environnement témoigne dès lors d'une tentative de régulation émotionnelle.

Selon Freud ce détournement de l'environnement entraîne l'abandon de toute relation d'objet. Il comprend alors dans le délire une tentative de restaurer un univers dans lequel les objets pourront être investis. Même si la conception freudienne de la psychose est considérée comme dépassée actuellement par une majorité de psychanalystes, en remontant historiquement aux premiers modèles psychologiques de la psychose, nous pouvons retenir qu'avec sa compréhension de la fonction du délire, le regard freudien a su souligner la présence d'un besoin humain fondamental qui est celui de pouvoir faire l'expérience de relations objectales au niveau psychique. La cause de ce détournement de la réalité est pour Minkowski le résultat d'une hypersensibilité émotionnelle plutôt innée, alors que pour Racamier elle trouve son origine dans des expériences répétitives de frustrations durant l'enfance. Concernant la prise en charge psychothérapeutique, le père de la psychanalyse n'est pas allé plus loin, au moins dans ses premiers écrits sur la paranoïa, et considérait qu'une structure psychique anobjectale n'est pas accessible à la cure analytique.

D'autres psychanalystes plus tard tels que Benedetti ont repensé la cure analytique avec des patients souffrant de psychose. Ce dernier comprend les troubles psychotiques comme résultant de défenses psychiques plus archaïques que les troubles névrotiques. Il

développe alors toute une conception thérapeutique visant l'établissement d'un lien avec le patient en s'ajustant à son niveau développemental psychoaffectif. Ses conceptions psychothérapeutiques rejoignent à notre sens celles d'autres psychanalystes tels que Winnicott ou encore celles de cliniciens reprenant la théorie de l'attachement autour de l'idée que le thérapeute doit représenter pour le patient un parent adéquat et sensible à ses besoins. Dans le cas de figure où il s'agit de patients souffrant de psychose, selon Benedetti il faut parvenir à retourner à la symbiose maternelle en affrontant les difficultés du patient à sa place pour lui permettre d'évoluer progressivement vers une individuation. On retrouve dans cette pensée les bases de la théorie d'attachement selon laquelle la seule voie possible vers l'autonomie passe par la dépendance à une figure d'attachement sensible et stable.

Par ailleurs, Benedetti met en évidence la façon dont les modes communicationnels et relationnels précoces dysfonctionnels jouent un rôle fondamental précisément dans le développement d'une psychose en plus des facteurs héréditaires et sociaux. De nouveau nous retrouvons des liens intéressants entre les idées de Bowlby et celles de Benedetti en partant d'angles théoriques distincts. Le mode paranoïaque sur lequel la personne souffrant de psychose vit son environnement peut dès lors être lu comme la conséquence de réelles expériences d'un autre persécuteur, possessif et envahissant durant la petite enfance. Bowlby, en reprenant le cas de Schreber selon Niederland, (1959, in Bowlby, 1973) souligne que les enfants ont besoin de construire une image favorable de leurs parents et modifient leur perception dans ce sens. Il est donc indispensable de revisiter avec les patients leur vécu réel durant leur enfance pour les aider à donner du sens à leurs expériences pathologiques. Les symptômes paranoïaques qui dans la conception freudienne étaient considérés comme autogénérés, peuvent dès lors être compris comme des réactions intelligibles mais déformées des premières expériences relationnelles.

La théorie de l'attachement et les recherches qui en découlent décrivent comment les expériences relationnelles précoces donnent lieu à des représentations de soi, d'autrui et de soi en interaction avec autrui qui sont relativement stables au cours de la vie.

Seules deux études jusqu'à nos jours ont investigué le type d'attachement dans des populations psychotiques avec un instrument validé. L'une datant d'il y a plus de vingt ans incluant seulement une dizaine de patients (Dozier, 1990 ; Dozier et al., 1994) ; l'autre s'étant déroulée en partie parallèlement à notre étude avec une trentaine de patients souffrant de psychose débutante (Macbeth et al., 2011). Dans les deux cas, la prévalence

d'un attachement inséure et plus particulièrement de type inséure-détaché a pu être mise en évidence. Dans notre étude, nous travaillons avec des patients souffrant de psychose chronique. Nous avons donc décidé de nous donner comme premier objectif de vérifier leur type d'attachement. Voici donc les prédictions que nous souhaitons tester :

Hypothèse I : *Nous trouverons plus de personnes ayant un attachement inséure chez les patients que dans la population non psychiatrique*

Hypothèse II : *Nous trouverons plus de personnes ayant un attachement inséure-détaché chez les patients que dans population non psychiatrique*

Les modèles cognitifs de la psychose mettent en avant la présence d'une image d'un soi vulnérable et d'une image des autres comme étant des sources d'angoisses déjà dans les phases précoces de la pathologie. Cette compréhension de soi et des autres se manifeste par un comportement de méfiance vis-à-vis de l'entourage et de repli sur soi (Berry et al., 2007). Selon les modèles développementaux, ces représentations et croyances sont favorisées par des difficultés interrelationnelles avec les premières personnes de soins dans l'enfance, ou encore des traumatismes interpersonnels survenus plus tard dans le développement de l'individu. En effet, diverses études présentées dans la partie intitulée : « 4.8 Attachement et psychopathologie » montrent l'existence indéniable d'un lien entre le vécu d'expériences interpersonnelles traumatisantes – dans l'enfance ou à l'âge adulte – et le déclenchement d'une psychose ou encore un sombre pronostic dans l'évolution de celle-ci (Doering et al., 1998). Nous avons donc décidé de vérifier la présence de traumatismes relationnels précoces durant l'enfance des participants pour pouvoir comparer l'échantillon des patients à celui des sujets contrôles. Voici donc la troisième prédiction que nous tenterons de tester:

Hypothèse III : *Les patients seront plus nombreux à rapporter des expériences relationnelles traumatisantes durant leur enfance que les sujets contrôles*

Afin de réfléchir à l'influence de la représentation d'attachement sur l'évolution d'une psychose une fois déclarée, il nous semble intéressant de comparer l'intensité des symptômes chez les patients ayant un attachement séure à celle des patients n'ayant pas un attachement séure. La théorie de l'attachement explique comment le fait de pouvoir s'appuyer sur une base séure procure un sentiment de sérénité, augmente l'estime de soi, améliore la représentation des autres et permet ainsi de mieux leur faire confiance. Nous chercherons ainsi à tester l'hypothèse suivante :

Hypothèse IV : *Dans notre population de patients psychotiques stabilisés, ceux ayant un attachement insécuré devraient être plus symptomatiques au niveau de l'anxiété, de la dépression, des sentiments de culpabilité et de la suspicion.*

C'est seulement une fois que ces hypothèses auront pu être vérifiées, confirmées ou infirmées, que nous nous orienterons vers l'exploration des dimensions religieuses et spirituelles.

5.2 La dimension religieuse/spirituelle et l'attachement dans la psychose

Nous avons pu aborder au cours de ce travail la raison pour laquelle la recherche de sens est l'une des dimensions fondamentales et centrales de l'existence humaine (Tellenbach, 1987). Selon Kierkegaard, l'être humain est conscient de sa finitude et est capable de penser la notion de l'éternel et de l'absolu. Dès lors, face à ce dilemme, l'être humain va avoir recours à la notion d'absolu pour tenter de construire un sens à sa propre existence (Malantschuk, 1961). L'absolu peut pour certains prendre forme dans la croyance religieuse pour tenter de trouver un soulagement à la profonde souffrance humaine. Pargament décrit la religion comme étant le processus de recherche existentielle du sens associé au sacré. D'après lui la fonction psychologique du religieux est celle de soulager l'être humain, lorsqu'il doit faire face aux problèmes existentiels, en lui permettant d'en reconstruire le sens et de les rendre plus supportables (Pargament, 1997).

Nombreux sont les cliniciens et chercheurs qui rapportent que les personnes souffrant de psychose présentent souvent des croyances ou des pratiques spirituelles/religieuses. Ces manifestations seraient souvent qualifiées de pathologiques par les médecins et psychologues dans la mesure où elles font souvent l'objet de distorsions durant les phases aiguës de la maladie (Swinton, 2001). Certains professionnels de la santé sont de l'avis que ces dimensions n'appartiennent pas au champ de la psychiatrie et refusent même d'investiguer ces croyances et pratiques chez leurs patients (Mohr et al., 2006). D'autres essayent de distinguer par des descriptions psychopathologiques fines ce qui appartient à la maladie et ce qui relève d'un phénomène religieux.

Or, sans trancher pour décider s'il s'agit de phénomènes religieux ou de manifestations pathologiques, il nous paraît éthiquement et épistémologiquement indéfendable d'ignorer, dans une prise en charge psychothérapeutique, tout un ensemble de phénomènes psychiques présents sous forme de croyances, d'hallucinations ou encore de comportements. Ce n'est probablement pas au psychiatre de se positionner quant au statut

d'un phénomène religieux ; en revanche, il est dans son intérêt de prendre en compte la personne dans sa totalité pour comprendre comment ces dynamiques potentiellement spirituelles ou religieuses – au même titre que les dimensions culturelles et existentielles – participent à la construction d'un univers de sens singulier.

Nous avons évoqué au cours de ce travail combien les expériences psychotiques peuvent être bouleversantes pour les patients mais également pour les soignants. Face à des expériences qui remettent en question toute la logique naturelle, il peut paraître évident d'avoir recours à des logiques surnaturelles pour tenter de donner du sens. Nous avons vu préalablement avec Pargament que, comparées à des méthodes de coping séculières, la religion et la spiritualité permettent d'apporter des réponses existentielles à la souffrance humaine liée à la finitude (Pargament & Brant, 1998). Quelles que soient les conséquences au niveau de la santé psychique, les croyances surnaturelles, spirituelles ou religieuses apparaissent comme des moyens privilégiés pour tenter de faire face aux défis existentiels que représentent les expériences psychotiques.

En tant que psychanalyste, face à des patients essentiellement chrétiens, Benedetti comprend la religiosité avant tout comme une relation d'objet. Or il relève deux points qui soulignent davantage encore l'importance pour le clinicien d'investiguer cette dimension chez son patient. Il nous dit tout d'abord que nous sommes face à une relation d'objet avec un être d'origine extra-mondaine. Pour finir, il mentionne combien cette relation a une structure qui en elle-même influence plus que n'importe quelle autre le vécu relationnel de l'homme avec ses semblables (Benedetti, 1992 (2002)).

On peut alors se demander comment faire pour investiguer davantage les processus psychiques qui sous-tendent la structure de la relation que décrit Benedetti et la manière dont elle va influencer les relations aux autres. Sur ce point, nous proposons de reprendre les théoriciens de l'attachement religieux qui ont tenté de transposer les concepts de Bowlby et de Main concernant la relation à une figure d'attachement sur la relation d'un être humain à sa figure religieuse ou spirituelle. Ces théoriciens partent en effet de l'hypothèse que le lien à la figure ou à l'objet religieux/spirituel a d'importantes similarités avec le lien qu'un enfant entretient avec ses parents, c'est-à-dire qu'il répond au besoin de mettre en place une base sécurisante face à des situations de détresse (Sroufe & Waters, 1977). La théorie de l'attachement offre pour ce faire un cadre conceptuel intéressant dans la mesure où elle décrit la manière dont se crée une base sécurisante, les comportements de recherche de sécurité, ainsi que la façon dont cette base sécurisante permet

progressivement de développer une certaine autonomie au travers de l'exploration de l'environnement (Bowlby, 1973, 1980 & 1982) ; (Ainsworth et al., 1978). Les études sur l'attachement adulte apportent ensuite des descriptions fines quant à la manière dont l'expérience d'une base sécurisante influence l'image de soi et des autres.

5.2.1 Processus psychiques sous-jacents du coping en lien avec des figures religieuses/spirituelles

Dans cette logique pour vérifier si certaines figures religieuses privilégiées sont investies comme des figures d'attachement par certains participants, nous nous donnons l'objectif d'examiner au cas par cas, si nous parvenons à identifier les quatre critères qui selon Bowlby définissent la relation à une figure d'attachement. Nous testerons ainsi la prédiction suivante :

***Hypothèse V :** Certains participants, patients et sujets contrôles investissent une figure spirituelle/religieuse privilégiée comme une figure d'attachement selon les quatre critères de Bowlby.*

Nous avons vu préalablement que la qualité des relations interpersonnelles d'un individu souffrant de schizophrénie est souvent amoindrie de par la présence de croyances négatives sur soi et les autres. Plusieurs études ont montré combien la pauvreté d'échanges interpersonnels a un impact sur l'évolution de la maladie (Penn et al., 1997). D'autres encore ont démontré que ces difficultés interpersonnelles sont souvent présentes bien avant le premier épisode psychotique et participent à la création d'une vulnérabilité psychique propice au développement ultérieur d'une psychose (Platts et al., 2002).

Nombreux sont les patients qui recherchent des ressources dans la religion/spiritualité pour faire face d'une part à la profonde souffrance et d'autre part aux expériences bouleversantes auxquelles les confronte la psychose. Cette souffrance est en général marquée par une grande solitude.

Du point de vue de la théorie de l'attachement, ne pourrait-on pas imaginer alors que l'« hyperreligiosité » – plus courante chez les personnes atteintes de psychose que dans la population non psychiatrique (Mohr et al., 2006) – des personnes souffrant de schizophrénie fonctionnerait comme une tentative de compensation face à une expérience relationnelle trop pauvre, compensation qui se ferait à travers le développement d'une relation avec une figure spirituelle/religieuse privilégiée? Comme mentionné préalablement, le chercheur Kirkpatrick parle à ce sujet de *compensation contextuelle*,

selon laquelle, la croyance en des figures spirituelle s'expliquerait par le recours à des figures d'attachement substitutives lorsque les figures d'attachement principales ne sont pas disponibles. Si la *compensation contextuelle* explique le fonctionnement sous-jacent du coping en lien avec des figures spirituelles/religieuses, plus une personne est isolée socialement, plus elle devrait alors y avoir recours. Nous choisissons ainsi de tester l'hypothèse suivante :

Hypothèse VI : *Les patients psychotiques, de par la solitude que tend à entraîner leur pathologie, ont plus besoin de combler un vide relationnel que les sujets contrôles. Ainsi, les patients pour qui le religieux spirituel est important (patients appartenant aux groupes A, B ou C) seront plus nombreux à investir le religieux/spirituel en y cherchant une figure d'attachement que les sujets contrôles.*

Lorsque nous présenterons la méthode nous verrons que nous avons comme objectif de recruter 30 patients au hasard, jusqu'à en avoir une vingtaine de religieux au moins sur les 30. Un des critères de recrutement des participants contrôles étaient qu'ils aient des croyances ou pratiques auxquelles ils donnaient un sens religieux ou spirituel. Cela afin de pouvoir comparer les 20 patients religieux aux 20 participants contrôles religieux. Dès lors, selon l'hypothèse que nous testerons, nous devons retirer de l'échantillon des patients ceux n'ayant pas de croyances religieuses. Afin d'avoir des sous-groupes comparables, nous avons déterminé quatre groupes (A, B, C, D) décrivant l'importance et en partie le contenu des croyances et pratiques religieuses/spirituelles pour les participants. Ces sous-groupes seront présentés en détail dans la partie sur la méthode de ce travail. Notons que pour ce qui est de l'hypothèse VI, décrite ci-dessus, il n'y aurait pas de sens d'explorer le contenu des croyances spirituelles/religieuses chez des personnes qui mentionnent ne pas en avoir.

Par la suite, on peut alors se demander si des personnes ayant une histoire d'attachement insécure parviennent à développer les outils psychiques nécessaires pour pouvoir se servir d'une figure spirituelle/religieuse comme d'une base sécurisée ou si cette expérience est réservée aux personnes sécurisées. Cette question reprend l'hypothèse de correspondance formulée par Granqvist et présentée dans le chapitre sur l'attachement religieux. Cette hypothèse postule que la croyance en une figure spirituelle ou religieuse s'explique par la transposition d'un attachement sécurisée aux parents à un attachement sécurisée à une figure spirituelle. Nous irons plus loin dans notre raisonnement, en comprenant la correspondance comme la transposition d'un modèle interne opérant sécurisée ou non sur une figure spirituelle. Nous testerons ainsi la postulation suivante :

Hypothèse VII : *les modèles internes opérants en lien avec l'attachement aux parents sont majoritairement transposés sur la figure spirituelle. En d'autres termes, une personne ayant un attachement insécuré à ses parents reproduira un attachement insécuré à la figure spirituelle/religieuse et une personne ayant un attachement sécuré à ses parents reproduira un attachement sécuré à la figure spirituelle/religieuse.*

Nous souhaitons également étudier les processus et non uniquement les populations. Ainsi, si pour certains patients ou sujets contrôles, contrairement à l'hypothèse de correspondance, les modèles internes opérants sont différents dans la relation aux premières personnes de soins et dans celle à la figure spirituelle/religieuse, se pose alors la question des circonstances de cette transformation. On peut se demander si l'acquisition de ces outils psychiques peut se faire dans la relation à une figure spirituelle ou religieuse. En d'autres termes, cette relation pourrait-elle, au même titre qu'une autre, permettre la transformation des modèles internes opérants ? Pour répondre à cette question, nous chercherons à identifier le récit d'une transformation des croyances fondamentales en lien avec la représentation de soi, d'autrui et de soi en relation avec autrui dans chacun des récits.

Hypothèse VIII : *Pour ceux où les modèles internes opérants sont différents, nous estimons que si nous parvenons à trouver dans le récit de la personne l'expérience relationnelle avec la figure spirituelle/religieuse qui a induit cette transformation dans les schémas de la personne, alors nous pouvons admettre que la relation à une figure spirituelle permet de transformer les modèles internes opérants.*

5.2.2 Efficacité de l'investissement d'une figure religieuse/spirituelle sur le mode de l'attachement

Dans ce travail, l'un des objectifs principaux est d'examiner les processus sous-jacents du coping mobilisant le recours à une figure religieuse. Rappelons que selon Bowlby, une figure d'attachement fonctionne comme une base sécuré permettant l'exploration de l'environnement et comme un havre de sécurié permettant d'y avoir recours dans des situations de stress. Dans le contexte des croyances en une figure spirituelle, si cette dernière est investie sur le mode de l'attachement, le fait de parvenir à s'en servir comme d'une base sécuré et comme d'un havre de sécurié devrait avoir des répercussions positives sur la représentation de soi, des autres et de soi en relation avec les autres. Cela de nouveau devrait avoir des répercussions sur l'estime de soi, la capacité de faire confiance à autrui et les symptômes névrotiques tels que l'anxiété et la dépression. Nous vérifierons ainsi systématiquement si ces dimensions sont effectivement influencées positivement lorsque les quatre critères définissant une relation d'attachement sécuré sont

réunis dans le récit des participants. Nous nous donnons ainsi l'objectif de tester l'hypothèse suivante :

Hypothèse IX : *Chez ceux (patients et sujets contrôles) ayant une figure spirituelle/religieuse investie sur un mode sécure, on observera un coping spirituel positif plus élevé au niveau des dimensions de l'estime de soi, de l'anxiété, de la dépression et de la confiance aux autres que chez ceux n'ayant pas de figure spirituelle/religieuse ou ceux l'investissant sur un mode insécure.*

Nous avons vu que les modes d'attachement préoccupés ou détachés donnent lieu à des stratégies d'exagération ou de minimisation des demandes d'aide à la figure d'attachement souvent sans amener à une régulation émotionnelle aussi efficace que les stratégies plus équilibrées émanant d'un mode d'attachement sécure. Néanmoins, le fait de pouvoir avoir recours à une figure d'attachement même sur un mode insécure est toujours encore plus adéquat pour le développement psychoaffectif et cognitif que la privation de figures d'attachement. Le recours au religieux pour faire face à des situations difficiles peut avoir un effet sur divers symptômes, la qualité de vie, l'estime de soi, l'espoir, mais aussi sur la relation aux autres et l'abus de substances. A l'âge adulte, on peut donc imaginer qu'investir une figure spirituelle sur un mode insécure est toujours encore plus efficace au niveau des répercussions du coping religieux sur la vie et la symptomatologie d'une personne que de ne pas investir de figure spirituelle sur le mode de l'attachement. Nous nous proposons ainsi de formuler une première hypothèse secondaire :

Hypothèse secondaire 1 : *Nous postulons que nous observerons plus de coping positif sur plus de dimensions (symptômes, qualité de vie, relation aux autres) chez les personnes ayant une figure spirituelle/religieuse qu'elles investissent comme une figure d'attachement que chez celles qui n'en n'ont pas (patients et sujets contrôles confondus).*

5.2.3 Réflexions en arrière-fond sur l'intérêt d'examiner l'espace de projection fantasmagorique religieux singulier pour l'étude des processus d'attachement

Indépendamment de ces questions, on peut imaginer que le religieux ou le spirituel dans la psychose représente un espace privilégié pour étudier la dimension relationnelle, tout particulièrement chez des personnes pour qui le relationnel est absent en raison du processus morbide présent chez elles. L'expérience religieuse/spirituelle offrirait-elle la possibilité d'être dans le relationnel sans pour autant devoir se confronter à la frustration qu'impose la reconnaissance de la réalité pour la personne souffrant de schizophrénie? Les études sur l'attachement adulte s'appuient soit sur les souvenirs d'enfance et les

représentations qu'ont les personnes de leurs relations primaires, soit sur les relations amoureuses ou entre pairs. Il se trouve que dans les deux cas, on ne peut jamais observer l'adulte devant un plus grand que soi *in vivo* comme dans la situation étrange d'Ainsworth. Dans un cas de figure, il s'agit de souvenirs de personnes ayant fait de nombreuses expériences relationnelles depuis. Dans l'autre cas, il s'agit d'*alter ego* ou encore de relations où viennent s'introduire des variables complexes telles que la sexualité. On peut aussi se demander si l'étude du spirituel/religieux n'offre pas potentiellement un espace privilégié pour étudier l'attachement à l'âge adulte, même hors du contexte psychiatrique. Le religieux représente-t-il pour certains une phase développementale – celle de « l'illusion » – comme le pensait Freud, pour permettre à l'être humain de supporter les défis face auxquels le place la réalité ? Cette idée développementale vient rappeler en ce sens celle de Bowlby qui comprend le lien, la proximité et la dépendance comme un passage indispensable pour l'acquisition de l'autonomie.

A partir des différents apports scientifiques et cliniques présentés au cours de ce travail, il peut paraître intéressant à présent d'investiguer davantage la dimension religieuse ou spirituelle chez les personnes souffrant de schizophrénie et de la comparer à celle de personnes ne souffrant pas de psychose. Porter un regard psychologique sur l'expérience religieuse/spirituelle subjective implique que nous investiguions les dimensions psychologiques telles que les croyances, les comportements et les émotions qui reflètent la question du religieux/spirituel. Dès lors nous considérerons comme spirituel ou religieux dans cette étude, non pas ce qui nous rappelle certaines doctrines religieuses, mais ce que la personne placera elle-même subjectivement en lien avec ces dimensions. Ainsi, la dimension religieuse ou spirituelle devient un espace de projection fantasmagorique singulier pour le psychologue.

5.2.4 Le développement de croyances et pratiques religieuses/spirituelles et la qualité du lien aux parents

Notre récolte de données a permis d'obtenir davantage d'informations sur l'attachement dans des populations croyantes, ainsi que sur le développement d'une religiosité en lien avec une figure spirituelle investie sur le mode de l'attachement. Il ne s'agit là pas des questions principales de ce travail, néanmoins nous avons pris le parti

d'exploiter ces données afin d'obtenir des réponses aux questions suivantes formulées sous formes d'hypothèses à tester.

La première question concerne le lien du développement d'une religiosité selon le type d'attachement. Selon l'*hypothèse de compensation* de Granqvist et Hagekull (1999), le religieux serait l'expression par excellence de la recherche d'un lien d'attachement à une figure spirituelle. Dans la logique de cette hypothèse, les personnes ayant un attachement insécuré selon le AAI auraient plus tendance à avoir recours au religieux pour pouvoir y investir des figures spirituelles substitutives. Il se trouve que les participants contrôles sont des personnes qui ont accepté de participer à une étude à propos de laquelle ils avaient été informés uniquement sur le fait qu'elle portait sur la manière dont on cherche de la sécurité auprès des proches et dans le spirituel/religieux. Selon l'*hypothèse de compensation* de Granqvist et Hagekull (1999), la proportion d'attachements insécurés chez les participants contrôles devrait être plus importante que dans la population générale de référence. L'idée étant qu'il s'agit de personnes qui ont plus besoin que d'autres de compenser leurs besoins affectifs et d'attachement à l'aide du religieux/spirituel. Nous proposons ainsi de tester la question suivante :

Hypothèse secondaire 2: *La proportion d'attachements insécurés chez les participants contrôles est plus importante que dans la population générale*

Comme mentionné préalablement, le lien entre l'éducation religieuse durant l'enfance et le type d'attachement est discuté dans certaines études portant sur l'attachement religieux (Granqvist, 1998). Pour expliquer le développement religieux, deux formes de correspondance sont mises en évidence en lien avec les dynamiques d'attachement. Tout d'abord, ces auteurs pensent que « l'image de Dieu » est directement liée à l'attachement aux parents durant l'enfance ou aux partenaires amoureux à l'âge adulte. Ensuite, ils considèrent que la qualité de l'attachement est un prédicteur de l'importance de la religiosité à l'âge adulte. D'après ces chercheurs, avoir un attachement sécuritaire prédit à l'âge adulte que la personne va accorder le même niveau d'importance au religieux que les parents et cela dans la même orientation religieuse/spirituelle. Dans l'autre sens, un attachement insécuré prédit à l'âge adulte un changement quant à l'orientation religieuse/spirituelle ou quant à l'importance du religieux/spirituel en comparaison à la religiosité des parents. Dans ce travail nous nous intéressons essentiellement au coping en lien avec le recours au religieux et plus particulièrement à des figures religieuses/spirituelles. Nous avons donc décidé de vérifier si le fait d'avoir eu une

éducation religieuse durant l'enfance et le fait d'avoir un attachement sécuritaire augmente les chances de pouvoir avoir recours à des figures spirituelles pour mieux faire face à des situations difficiles à l'âge adulte. Voici donc l'hypothèse que nous nous efforcerons de tester.

***Hypothèse secondaire 3 :** Les personnes ayant eu une éducation religieuse durant leur enfance ont plus de chances d'investir une figure spirituelle/religieuse sur le mode de l'attachement à l'âge adulte si elles ont un attachement sécuritaire versus insécuritaire. Les personnes ayant eu une éducation religieuse durant leur enfance et ayant un attachement sécuritaire rapportent que le recours au religieux/spirituel les aide de manière plus importante (avec des scores plus élevés sur les échelles de coping spirituel) à l'âge adulte que ne le font les personnes qui ont un attachement insécuritaire.*

5.2.5 Changements religieux au cours de la vie

Nous avons mentionné ci-dessus que Granqvist (1998) pense que les personnes ayant un attachement sécuritaire s'inscrivent davantage dans l'orientation religieuse des parents et accordent aussi au religieux le même niveau d'importance que ceux-ci. Dans l'autre sens, l'idée étant que les inséculaires auront plutôt tendance à se détourner du religieux, à le surinvestir ou encore à se démarquer de la religiosité de leurs parents. Nous avons également signalé que les questions suivantes ne font pas partie des questions centrales de ce travail. Toutefois, nous disposons de certaines données qui nous permettent de nous situer quant à certaines questions en lien avec les changements religieux au cours de la vie. Nous disposons effectivement d'un grand nombre d'informations concernant les changements de croyances et de pratiques des participants, à la fois au niveau du contenu qu'au niveau de l'intensité, au cours de leurs adolescence et au cours de l'âge adulte. Nous avons décidé d'opérationnaliser la question des changements religieux en fonction de deux paramètres, les changements d'orientation et les changements d'importance accordés à la thématique. Nous avons donc formulé deux hypothèses permettant de tester certaines prédictions des types de changements religieux selon la représentation d'attachement des personnes sécuritaires ou inséculaires. Nous allons donc créer deux groupes, ceux ayant changé d'orientation religieuse au cours de leur vie et ceux n'ayant pas changé d'orientation religieuse au cours de leur vie. Nous allons ensuite vérifier la répartition de ces deux variables selon le type d'attachement. Cela concerne l'hypothèse suivante :

***Hypothèse secondaire 4 :** Nous postulons qu'en classant l'entier de notre population patient et contrôlé en deux groupes – les sécuritaires et les inséculaires –, nous trouverons que le groupe des inséculaires manifeste significativement plus de changements d'orientation religieuse que les sécuritaires.*

Dans l'idée de la théorie de la correspondance, les personnes ayant un attachement insécuré ont moins de chances de pouvoir se servir du religieux/spirituel comme d'un soutien efficace, et ont ainsi plus tendance à abandonner leurs croyances et pratiques au cours de leur vie. Nous allons à nouveau créer deux groupes, ceux pour qui le religieux a gagné en importance au cours de la vie et ceux pour qui il a perdu en importance au cours de la vie. Nous allons ensuite vérifier la répartition de ces deux variables selon le type d'attachement. Cela concerne l'hypothèse suivante :

Hypothèse secondaire 5 : *Nous postulons que les personnes ayant un attachement insécuré seront plus nombreuses à considérer que l'importance du religieux/spirituel a diminué au cours de leur vie que les personnes ayant un attachement sécuré.*

5.2.6 Réflexion méthodologique

Nous avons mentionné que les études ayant utilisé des outils de mesure des représentations d'attachement scientifiquement validés chez des personnes souffrant de psychose sont extrêmement rares. En effet une grande majorité d'études sur l'attachement adulte se font au travers de l'utilisation d'auto-questionnaires. Nous souhaitons à ce stade reprendre quelques points théoriques qui ont influencé nos choix méthodologiques.

Pratiquement, la taille de l'échantillon nécessaire pour pouvoir obtenir des statistiques permettant de faire des généralisations implique souvent une économie de temps au niveau de la récolte des données qui tend à se faire au détriment de la qualité de ces dernières. Nous soutenons que dans le contexte d'un travail en psychologie clinique, il faut pouvoir réfléchir aux apports que les résultats peuvent potentiellement amener à la prise en charge thérapeutique des patients. Pour le clinicien, il est donc important de dépasser les catégories diagnostiques pour tenter de saisir au mieux l'expérience subjective humaine à laquelle sont confrontés ses patients. Pour ce faire, nous avons décidé d'exploiter différents modèles théoriques. En effet, en plus des catégorisations athéoriques proposées par les approches empiriques en psychiatrie et théoriques en psychologie développementale, nous avons repris certaines des approches plus compréhensives et herméneutiques de la psychose. Ces diverses approches ne seront pas abordées comme étant en opposition l'une avec l'autre, mais comme différentes étapes d'un même processus de recherche.

La première étape de ce travail consistera à tenter de saisir l'expérience humaine dans sa subjectivité. Dans les faits, la tentative de préserver une certaine rigueur quant au

risque de réduction minimaliste, se matérialise dans le choix d'outils d'investigation approfondis tels que des entretiens semi-directifs. Une approche narrative permet en effet, à nos yeux, de récolter des informations de manière relativement systématique en fonction d'un modèle théorique tout en s'adaptant dans la mesure du possible à l'univers de sens particulier de chaque participant. Dans ce sens, le recours à des entretiens semi-directifs nous paraît plus exhaustif et mieux adapté à l'étude de phénomènes psychiques que des auto-questionnaires. Il s'agit là de tenter au mieux de saisir un phénomène subjectif dans toute sa complexité, tout en étant conscients des limites du récit qui résulte d'une co-construction entre deux interlocuteurs et tous les éléments culturels et sociaux convoqués lors de la rencontre.

Ce n'est que lors de la seconde étape, que nous tenterons d'identifier des régularités dans les modalités du phénomène étudié pour aller vers une classification. Nous entendons par cette étape le recours à une grille d'analyse construite à la fois à partir de chaque entretien en particulier confronté à un arrière-plan théorique.

Le passage explicite par ces deux étapes, devrait permettre un aller-retour entre regard clinique et rigueur scientifique – cela afin de ne jamais perdre de vue le réductionnisme qu'implique l'investigation scientifique du phénomène psychique.

Si l'on reprend la théorie de Bowlby, on réalise que les processus d'attachement préexistent à l'établissement d'une relation d'objet. Les comportements d'attachement sont présents dès le départ et sont responsables de la recherche de proximité et de sécurité du nouveau-né auprès de l'autre, même si ce n'est que plus tard qu'ils se fixent sur une figure privilégiée. Dans ce sens, l'attachement vient prendre la place de la pulsion freudienne dans le développement du nourrisson.

Mais qu'en est-il de l'utilisation dans une population psychotique d'un outil conçu pour examiner l'attachement dans une population non pathologique ? Comme nous l'avons vu, les approches phénoménologiques et herméneutiques cherchent à saisir l'expérience humaine dans sa subjectivité en mettant hors-jeu – au moins momentanément – les modèles théoriques de la psychose. Ces approches resituent ainsi l'expérience psychotique dans le contexte des défis existentiels de la construction identitaire et permettent ainsi de situer la santé et la pathologie sur un continuum.

Nous avons confronté les processus psychiques participant à la construction identitaire dans la perspective de la théorie de l'attachement à certaines des intuitions phénoménologiques de Charbonneau ou encore de Tellenbach.

La théorie de l'attachement montre comment la représentation qu'une personne a du soi et des autres guide continuellement son attention, génère des attentes et influence les interprétations de nouvelles expériences interrelationnelles (Platts et al., 2002). Cette théorie ne met pas exclusivement l'accent sur le déterminisme dans la conception qu'un individu peut se faire du monde. En effet, une expérience émotionnelle significative est conceptualisée comme étant susceptible de modifier les croyances profondes qu'une personne a de soi et des autres (Bowlby, 1980). Nous pensons retrouver ici l'idée de Charbonneau, selon laquelle l'identité humaine réside dans la manière que l'on a d'articuler la « mêmeté » et les « changements du même ». Le concept de « schéma interne opérant » peut en ce sens probablement être comparé à la notion de « totalité provisoire construite » (Charbonneau, 1994). Dans cette perspective l'événementialité est la façon propre à chacun de rencontrer un événement et la manière dont celui-ci va créer ou non une rupture dans la totalité provisoirement construite. Tellenbach (1987) pensait à ce sujet que chaque vécu subjectif participe à la construction d'une structure individuelle psychique. Il expliquait alors que cette structure même permet à l'être humain de rapporter l'expérience isolée à un contexte de sens en fonction de son affiliation à celui-ci et de sa pertinence. Ainsi, chaque vécu vient s'ajouter à l'expérience psychique dans son ensemble en prenant place dans une configuration en fonction du sens qui lui est attribué.

Parallèlement, les modèles internes opérants sont décrits comme des structures qui altèrent notre perception de la réalité comme des chablon et par ce même fonctionnement structurent et organisent l'immense quantité d'informations qui nous provient de l'environnement et de nos sens. Ces schémas peuvent probablement être comparés à ce que décrit Tellenbach (1987) lorsqu'il parle de configurations de sens structurantes et formatrices permettant à l'être au monde de se représenter dans sa subjectivité.

Que l'on parle finalement de « schémas internes opérants », de « totalité provisoire construite » ou encore de « configurations de sens structurantes et formatrices », se pose toujours la question de l'accessibilité de cet ensemble provisoire pour l'investigation scientifique. Le concept de « schéma » ou de « modèle interne opérant » a été repris et développé au cours du XX^{ème} siècle par les approches cognitives et comportementales. Ces dernières reconnaissent – tout comme nous l'a décrit Freud – qu'une partie de l'expérience psychique subjective échappe à la conscience. Ces théoriciens considèrent que ce contenu inaccessible directement par la pensée s'exprime au travers des croyances profondes et des pensées automatiques qui induisent des émotions et sentiments et qui motivent nos comportements. Les pensées automatiques sont des interprétations des

expériences vécues. Elles peuvent être définies comme les paroles spontanées qu'une personne se dit à elle-même sur ce qu'elle est en train de vivre. Ces pensées peuvent prendre la forme d'un dialogue intra psychique ou encore d'une voix non audible qui commente l'expérience. Souvent ces dernières passent inaperçues. Les schémas deviennent particulièrement accessibles dans des situations relationnelles où l'individu doit mobiliser ses apprentissages antérieurs pour pouvoir interpréter la situation dans laquelle il se trouve. Les théories cognitives et comportementales décrivent ainsi les processus d'apprentissage permettant au psychisme humain de développer une conception du monde, d'autrui et de lui-même à partir de ses expériences préalables.

Dans cette logique, l'exposition à des émotions intenses ou encore à des souvenirs émotionnellement chargés est davantage susceptible de dévoiler certaines de ces croyances profondes. Cela nous intéresse en ce qui concerne le contenu des croyances que nous cherchons à investiguer (Fontaine & Fontaine, 2007).

Ricœur pensait que la substance de l'identité n'est accessible qu'au travers d'une mise en récit. C'est la narration qui va permettre d'intégrer les éléments discordants et concordants dans un ensemble cohérent. Certains psychiatres phénoménologues ont tenté de montrer comment la mise en récit de l'identité peut représenter des défis pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Ils mettent l'accent sur le fait que la capacité de la mise en intrigue dépend intimement de l'emprise de l'expérience émotionnelle. Dans un registre non pathologique, l'entretien de l'Adult Attachment Interview – présenté dans le second chapitre de ce travail – s'appuie directement sur ce postulat, à savoir : l'activation de souvenirs dans le cadre d'un entretien en lien avec les premières figures d'attachement et les thématiques de séparation permet le dévoilement d'un état d'esprit d'attachement non seulement au travers des contenus des croyances évoquées, de la capacité à se souvenir de moments précis du passé, mais aussi de la cohérence narrative du récit qu'en fait la personne.

Même si l'Adult Attachment Interview ne donne accès qu'à une partie infime du paysage psychique, il donne probablement accès aux dimensions constituantes de l'identité en lien avec l'histoire relationnelle et affective du sujet ainsi que la manière dont ces expériences sont réactualisées et ont contribué à la mise en place d'une « totalité provisoire construite » et structurante de l'expérience. Notre objectif sera alors d'examiner la manière dont cette cohérence provisoire se construit chez des personnes souffrant de schizophrénie

pour voir s'il existe des caractéristiques particulières dans leur développement psychoaffectif.

Selon le modèle de Bowlby, l'attachement a une fonction primordiale. Le psychisme humain ne peut pas ne pas être relationnel dans la mesure où sa survie dépend initialement de l'autre. Cette réalité, selon Bowlby, oblige l'individu à réagir à l'autre ou à l'idée mentale qu'il se fait de l'autre. Selon Mary Main, la manière que nous avons tous de réagir à l'autre est singulière mais comporte des similitudes et des différences sur certains points. Ces similitudes et différences permettent de classer la réaction qu'une personne a à son environnement dans différentes catégories. Dans une pathologie psychique où la relation qu'une personne a à son environnement est aussi profondément altérée que dans la schizophrénie, nous sommes convaincus que la conception que la personne a de cette relation mérite d'être étudiée.

Comme nous l'avons mentionné préalablement, une équipe de recherche en Ecosse a entrepris des « Adult Attachment Interviews » avec trente et un patients souffrant de psychose débutante. Leurs résultats montrent que la capacité de mentalisation n'est pas une conséquence des symptômes psychotiques, mais est en effet l'expression du type de régulation émotionnelle en lien avec les représentations d'attachement mesurées dans le « AAI ». Selon eux, l'Adult Attachment Interview est donc adapté à la mesure du type d'attachement de manière valide chez des personnes souffrant de schizophrénie. Cette étude souligne l'importance de n'utiliser ce type d'entretien qu'avec des patients stabilisés (Macbeth et al., 2011).

Ces considérations méthodologiques exposées, passons maintenant à la présentation de la méthode que nous avons mise en œuvre avant de donner le détail des résultats obtenus et de les discuter.

**TROISIEME PARTIE : METHODE, RESULTATS ET
DISCUSSION**

6 METHODE

6.1 Population

32 patients et 20 sujets contrôles ont été recrutés dans le cadre de cette recherche. La population de patients est constituée de personnes souffrant de psychose chronique en dehors des phases de décompensation.

6.1.1 Patients

Les critères de recrutement des patients sont les suivants :

- patients adultes âgés de 18 à 65 ans.
- patients suivis ambulatoirement dans la consultation de psychiatrie adulte des Hôpitaux Universitaires de Genève, aux Eaux-vives.
- ayant un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif chronique (depuis plus de deux ans) (codes F20-F29, CIM 10, 1993).
- acceptant de participer à l'étude et signant le consentement informé.

6.1.2 Participants contrôles

Pour 20 patients présentant des croyances religieuses ou spirituelles, 20 sujets contrôles ont été recrutés.

Les critères d'inclusion des sujets contrôles sont les suivants :

- n'ont été retenues pour cette étude que les personnes estimant avoir une croyance ou une pratique spirituelle ou religieuse.
- pour obtenir un groupe contrôle valable, pour chaque patient, un sujet contrôle a été sélectionné en contrôlant le sexe, l'âge et le niveau de formation des parents.
- l'âge de chaque sujet contrôle correspond à plus ou moins cinq ans à l'âge du patient pour lequel il représente le contrôle.

6.1.3 Recrutement des patients :

Notre ambition au départ était d'avoir 20 patients ayant des croyances spirituelles et religieuses et 10 n'en ayant pas. Nous cherchions ensuite à avoir un échantillon de 20 participants croyants servant de contrôle pour le groupe des 20 patients croyants. L'échantillon contrôle s'est donc construit au fur et à mesure en appariant chaque participant en termes d'âge, de sexe et de niveau de formation des parents au patient pour lequel il était supposé servir de contrôle. Durant le recrutement des patients nous pensions pouvoir sélectionner nos patients au hasard jusqu'à avoir 20 patients croyants et 10 non croyants.

Or il ne nous a pas été possible de retenir 10 patients n'ayant pas de croyances ou pratiques spirituelles/religieuses car une grande majorité de patients ont des croyances ou pratiques spirituelles ou religieuses comme l'a montré précédemment l'étude aux HUG de Mohr (2006). Comme nous le verrons ensuite dans la partie des résultats, nous avons alors classé les participants dans différentes catégories de religiosité. Cela en fonction du contenu de leurs croyances et de l'importance de ces dernières dans leur vie, afin de pouvoir les comparer.

Plus concrètement, nous avons imprimé la liste des patients suivis à la consultation de psychiatrie des Eaux-Vives en retenant ceux présentant un diagnostic de schizophrénie ou de psychose schizo-affective et avons pris contact au hasard avec ces personnes par téléphone jusqu'à avoir trente-quatre participants. La proposition était de participer à une recherche sur la relation aux proches et les croyances spirituelles et religieuses. Lors de la rencontre avec les patients, une fiche d'information a été lue et une formule de consentement a été signée. Seuls les patients acceptant la totalité du protocole – incluant la participation aux entretiens et les enregistrements audio, ainsi que la participation aux évaluations diagnostiques et symptomatologiques – ont été retenus.

Tableau 1 : Nombre de patients, recrutement et perte de sujets

Recrutement des patients et perte de sujets	
nombre de patients ayant été contactés pour participer à l'étude	51
nombre de patients ayant refusés par téléphone	8
nombre de patients jamais venus au rendez-vous	2
nombre de patients ayant refusé lors du premier rendez-vous	3
nombre de patients ayant participé à une partie de la procédure	2
nombre de patients s'étant retirés après avoir participé à l'ensemble de la procédure	2
nombre de patients ayant participé à l'ensemble de la procédure, mais dont le (AAI) n'était pas codable	2
nombre de patients ayant participé à l'ensemble de la procédure	32
nombre de patients dont les données ont pu être exploitées	28

Au total, huit patients ont refusé au téléphone de participer à cette recherche en expliquant qu'ils en avaient marre d'être sollicités pour des recherches ou encore parce qu'ils ne se sentaient pas en état de se déplacer à la consultation pour participer à l'étude. Deux patients ayant accepté de participer à l'étude ne sont jamais venus aux rendez-vous. Trois patients ayant accepté par téléphone de participer sont venus au premier entretien mais n'ont ensuite pas accepté de participer à l'étude. Une patiente souffrant de psychose hétérophrénique se sentait persécutée par le thème des entretiens et deux patients masculins refusaient d'être enregistrés. Or pour la suite de la procédure, l'enregistrement audio était parfaitement indispensable. Finalement, treize patients au total ont donc refusé de participer à l'étude.

Deux patients ont participé aux deux premières étapes de la recherche (AAI et entretien sur les croyances religieuses et spirituelles). Cependant, en raison de symptômes paranoïaques, ils se sont ensuite retirés de la recherche en cours de route en demandant que leurs enregistrements soient effacés particulièrement concernant la thématique du AAI. Deux autres se sont également retirés de la recherche pour les mêmes motifs mais cela après avoir participé à toute les étapes de la recherche. Au total quatre patients ont donc participé à une partie voire à l'intégralité de la procédure de recherche, mais leurs données ont dû être détruites ensuite.

Pour deux des patients, il était nécessaire de les rencontrer à plusieurs reprises avant de pouvoir commencer le processus de recherche. Pour l'un, une rencontre préalable était nécessaire pour faire connaissance et se sentir suffisamment à l'aise alors que pour l'autre,

au total quatre rencontres ont été nécessaires avant de pouvoir commencer le processus de recherche. Avec cette personne, deux rendez-vous auxquels elle n'est pas venue avaient été fixés. Au troisième rendez-vous elle est venue mais en essayant de prendre le contrôle des thématiques discutées. Par la suite, cette personne rappelait d'elle-même pour fixer des rendez-vous auxquels elle venait pour finalement accepter de participer à la recherche. La majorité des patients ne venait qu'à un rendez-vous sur deux, ce qui nous poussait à les solliciter de nouveau systématiquement. Pour certains, la psychologue en charge de la recherche s'est déplacée à leur foyer de résidence pour pouvoir continuer la procédure de recherche.

Au total dix-neuf patients ont donc refusé de participer à l'étude. Cela en prenant en compte ceux qui ont refusé par téléphone, lors d'un des moments de la procédure et ceux qui se sont retirés après avoir déjà participé à l'ensemble de la procédure.

Ces difficultés dans le recrutement des sujets et le maintien de ceux-ci pendant toute la durée de la procédure s'expliquent par plusieurs aspects. Tout d'abord il s'agit d'une population de patients dont la pathologie même pousse à des évitements de rendez-vous dus à la fois à des symptômes positifs et négatifs. Le contact avec des personnes n'appartenant pas à leur équipe de soignants habituelle est donc d'autant plus difficile. Ensuite, l'entretien qui semblait particulièrement comporter des difficultés est le AAI. En effet, cet entretien mobilise des thématiques douloureuses que les patients tendent à gérer en les évitant pour la plupart. Il s'agissait donc pour la chercheuse qui a mené les entretiens d'évaluer au cas par cas l'importance de creuser davantage au niveau des questions pour obtenir des entretiens codables ou au contraire l'importance de ménager la sensibilité du patient interrogé, en espérant pouvoir le revoir pour la suite de la procédure de recherche. Pour terminer, il faut noter que la perte de sujets est aussi due à longueur de la procédure de recherche.

6.1.4 Recrutement des sujets contrôles :

Ces personnes ont été recrutées au fur et à mesure de l'avancement de l'échantillon des patients afin respecter la parité. Cela par le biais du bouche à oreille parmi les connaissances et collègues de la chercheuse en charge du suivi des patients. Certains se connaissaient de par leur réseau professionnel, d'autres au travers de communautés religieuses, d'autres encore de par des fondations de soutien chrétienne pour personnes en difficultés. Les premiers sujets contrôles ont ainsi participé au recrutement des participants

suivants. La recherche de sujets pour cette étude a également été diffusée par courriel à diverses associations religieuses. Pour des raisons de confidentialité, ces associations et fondations ne seront pas nommées. La prise de contact avec ces dernières s'est faite par téléphone. En acceptant de venir participer à l'étude, les personnes étaient au courant qu'il s'agissait d'une étude sur la relation aux proches et les croyances et pratiques qu'eux-mêmes considéraient comme religieuses ou spirituelles. Lors de la rencontre, une feuille d'information aux participants a également été lue et un formulaire de consentement signé. Dans le groupe contrôle, tous les rendez-vous ont été respectés et toutes les personnes ont accepté l'intégralité des conditions du protocole. Nous avons rencontré les personnes selon leur convenance, sur leur lieu de travail, à leur domicile, à la consultation des Eaux-Vives, ou dans une salle à l'Université de Lausanne. Ainsi, 20 participants contrôles ont été contactés et tous ont accepté de participer à l'étude.

Tableau 2 : Nombre de participants contrôles, recrutement et perte des sujets

Recrutement des participants contrôles et perte de sujets	
nombre de participants recrutés	20
nombre de participants dont les données n'étaient pas exploitables (AAI)	1
nombre de participants qui ne répondaient pas aux critères de recrutements	1
nombre de participants dont les données ont pu être exploitées	18

Deux personnes ont donc été exclues. L'une parce qu'elle présentait une symptomatologie psychotique (contrôle 14) et l'autre parce que l'entretien AAI n'a pas été mené de manière à permettre un codage selon les catégories d'attachement de Main et Hesse (contrôle 15). Pour finir nous avons donc retenu un échantillon de 18 participants contrôles.

6.2 Procédures

6.2.1 Patients

- Entretien sur les croyances et pratiques religieuses (durée de passation de 30 à 100 minutes)
- Entretien sur l'attachement adulte (AAI, durée de passation de 45 à 90 minutes)
- Evaluation symptomatologique (BPRS, durée de passation de 20 à 50 minutes)
- Evaluation diagnostique (SCID, durée de passation entre 3 et 5 heures, alors découpée en plusieurs rendez-vous d'une heure)

6.2.2 Sujets contrôles

- Entretien sur les croyances et pratiques religieuses (durée de passation de 30 à 100 minutes)
- Entretien sur l'attachement adulte (AAI, durée de passation de 45 à 90 minutes)
- Evaluation diagnostique (SCID-NP, durée de passation entre 45 et 60 min)

6.2.3 Grille d'entretien sur les croyances et pratiques spirituelles/religieuses en lien avec une éventuelle figure spirituelle privilégiée

Notre propre grille d'entretien semi-directive (mise en annexe) a été construite à la fois à partir de la grille d'entretien sur les croyances et pratiques spirituelle et religieuse, développée par le Dr Sylvia Mohr dans son travail de thèse et publiée dans un article avec ses collègues (Mohr et al., 2007) ainsi qu'à partir de la théorie de l'attachement de Bowlby et de certaines des questions du AAI.

La première grille d'entretien a été validée et permet d'examiner respectivement le contenu des croyances et pratiques religieuses/spirituelles de personnes souffrant de schizophrénie, ainsi que l'importance qu'occupent ces dimensions dans leur vie et plus particulièrement comment elles sont mobilisées pour tenter de faire face à la maladie. Par exemple afin de pouvoir faire une comparaison inter-sujets de l'importance du religieux/spirituel dans la vie de la personne, on lui demande de la situer sur une échelle allant de zéro à dix.

En termes de coping spirituel, cet entretien permet de voir si cette dimension est exploitée de manière à améliorer les symptômes et la qualité de vie de la personne ou au

contraire si cela induit une péjoration. Cet entretien permet également d'identifier quels aspects du religieux/spirituel sont mobilisés par la personne pour tenter de faire face à sa maladie. Comme mentionné à plusieurs reprises dans ce travail, ces différentes dimensions peuvent relever :

1. de la sphère des pratiques, au travers par exemple de rituels religieux que la personne considère comme aidants ou nocifs
2. de la sphère des croyances, par exemple au travers du recours à un discours religieux, (croire en une « vie après la mort », ce qui peut induire des conséquences positives si la personne trouve un soutien affectif dans cette idée, ou alors négatives si cela favorise par exemple des tentatives de suicide)
3. de la sphère communautaire, au travers du soutien ou non que peut offrir une communauté religieuse
4. de la sphère relationnelle, de par la relation aidante ou nocive à une figure spirituelle (une divinité, un proche décédé) ou encore un membre du corps ecclésiastique (prêtre, pasteur, membre de la communauté religieuse).

Cet entretien permet également d'évaluer la présence d'une éducation religieuse durant l'enfance, en investiguant l'affiliation religieuse des parents de la personne ainsi que leurs pratiques seuls ou avec d'autres et la fréquence de celles-ci.

Une grande importance est également accordée dans cet entretien à l'identification d'éventuels changements religieux que la personne perçoit au cours de sa vie en termes de changement d'importance et d'orientation.

Pour terminer, cet entretien investigate au travers de questions fermées dans quelle mesure le religieux/spirituel aide la personne à faire face à ses difficultés. Il s'agit de questions concernant différents aspects du coping spirituel auxquels la personne peut à chaque fois répondre par « pas du tout », « un peu », « moyennement », « beaucoup » ou « totalement ». Cela permet d'introduire des dimensions pouvant ensuite être traitées quantitativement dans les analyses.

Notre objectif dans ce travail était d'examiner essentiellement la dimension relationnelle du religieux/spirituel auxquels certaines personnes sont susceptibles d'avoir recours pour tenter de faire face à leur pathologie. Afin de pouvoir examiner cette dimension de manière approfondie, nous avons accordé moins d'importance à l'investigation des autres sphères du religieux/spirituel. Cela pour des raisons de faisabilité,

étant donné que les patients ne parviennent souvent pas à se concentrer pendant plus d'une heure d'affilée. Afin d'examiner si certaines personnes exploitent des figures spirituelles/religieuses sur le mode de l'attachement, nous avons eu recours à l'arrière-plan des théories de l'attachement et au canevas d'entretien du AAI pour construire notre propre grille de questions.

Dans un premier temps nous avons alors tenté de voir si la personne croyait en une figure spirituelle/religieuse privilégiée. Ensuite nous avons tenté d'identifier la présence des quatre critères de Bowlby – déterminant selon lui un lien d'attachement – dans la relation que la personne projette sur une figure spirituelle/religieuse. Afin de pouvoir accéder dans la mesure du possible aux modèles internes opérants mobilisés dans l'imaginaire religieux de la personne nous avons procédé par des questions sur les comportements de recherche d'aide auprès d'une figure spirituelle privilégiée. Nous avons particulièrement investigué les circonstances dans lesquelles la personne y avait recours, afin de voir s'il est question de situations activant le système d'attachement. Nous avons demandé à la personne de nous rapporter une situation précise où elle a eu recours à cette figure pour faire face à une situation difficile afin de voir comment elle s'y prenait. Cela afin d'obtenir des informations sur la dimension sécurisante/insécurisante du lien et sur les stratégies davantage propres aux modèles internes opérants détachés ou préoccupés pour obtenir de l'aide. Nous avons demandé à la personne de décrire la figure spirituelle/religieuse afin de voir dans quelle mesure cette dernière est investie comme une figure d'attachement et de nouveau si elle est considérée comme fiable ou non. Nous avons essayé dans la mesure du possible de laisser la personne raconter librement et de reprendre ses mots pour tenter d'investiguer davantage cette question. Le critère de Bowlby impliquant la présence d'une crainte lors d'une séparation réelle ou imaginée d'avec la figure est difficile à conceptualiser lorsque la figure d'attachement est considérée comme immortelle et omniprésente. Nous avons relevé dans la partie théorique sur l'attachement religieux que déjà Kirkpatrick mentionnait combien il était difficile d'identifier ce critère. Nous avons donc décidé de poser la question directement mais en essayant de l'ajuster au cas par cas en fonction de l'univers de sens de la personne.

Pour ce qui est du critère de Bowlby indiquant que la figure d'attachement fonctionne comme une base sécurisante lorsqu'il s'agit d'un attachement sécurisante, nous avons exploré ce point de deux manières différentes. Tout d'abord, une fois que la personne avait raconté qu'elle pensait vivre une relation privilégiée avec une figure spirituelle de manière durable, nous avons demandé en quoi cette relation et les expériences de demandes d'aide

(souvenirs précis rapportés) influençaient sa personnalité actuelle. Ensuite, nous avons tenté de voir si des dimensions en lien avec le fait d'avoir une base sécurisée selon la théorie de l'attachement telles que « le niveau d'anxiété », « l'humeur » ou encore « l'estime de soi » étaient influencées par le fait de pouvoir avoir recours à une figure spirituelle. Cela en investiguant l'effet du recours au religieux spécifiquement en lien avec une figure spirituelle sur les « catégories de qualité de vie » et celles des « symptômes » de la grille développée par Mohr et al., (2007).

Nous avons également demandé quelle était la fréquence du recours à la figure spirituelle pour tenter de faire face à une situation difficile au travers d'une question fermée à laquelle la personne pouvait répondre par : « jamais », « de temps en temps », « souvent » ou « toujours ». Nous avons demandé dans quelle mesure le recours à la figure spirituelle pour tenter de faire face à une situation était exclusif, et si la personne avait d'autres ressources relationnelles à disposition voire plus importantes que cette dernière. De manière générale nous avons investigué la présence de croyances en une figure spirituelle/religieuse privilégiée avec une figure spirituelle et les modèles internes opérants projetés sur elle, respectivement durant l'enfance, l'adolescence et à l'âge adulte.

Par rapport à la grille d'entretien développée par Mohr et al. (2007), nous avons en plus demandé si la personne avait observé durant son enfance ses parents avoir recours au religieux/spirituel pour tenter de faire face à une situation difficile. Cela dans l'idée de voir si le coping spirituel à l'âge adulte pouvait être en lien avec un apprentissage par observation même indépendamment d'une éducation religieuse durant l'enfance et quel rôle le type d'attachement aux parents pouvait jouer ici.

Dans la construction du canevas d'entretien, nous avons réfléchi aux différentes situations et expériences que peut rapporter une personne qui mentionne vivre un lien privilégié avec une figure spirituelle afin d'accéder dans la mesure du possible aux modèles internes opérants éventuellement projetés sur ce lien. Pour ce faire, nous avons d'une part posé des questions plus générales, susceptibles de :

1. résulter d'un évitement émotionnel par l'idolâtrie du lien dans le cas de figure d'un attachement insécure-détaché
2. résulter de la désirabilité sociale
3. répondre au besoin de se soumettre à certaines attentes imposées par un discours religieux.

D'autre part, nous avons posé des questions faisant appel à des expériences précises pour vérifier comment s'opérationnalisent les croyances profondes de la personne. Cela aussi pour observer la cohérence entre le général et le particulier qui est révélatrice de la régulation émotionnelle.

De manière générale, il faut comprendre la grille d'entretien que nous avons mise en annexe, non pas comme un questionnaire à utiliser tel quel, mais comme un guide d'entretien clinique nécessitant une adaptation systématique à la personne et à son univers de croyances.

6.2.4 Adult Attachment Interview (AAI)

Comme mentionné préalablement, le AAI est un entretien semi-structuré constitué d'une vingtaine de questions environ. Il a été constitué pour mesurer l'état d'esprit d'attachement en identifiant les modèles internes opérants mobilisés vis-à-vis des premières personnes de soins. En moyenne, la passation de cet entretien dure de 45 à 120 minutes. Durant cet entretien, les participants sont invités à décrire librement la relation qu'ils pensent avoir eue à leurs parents ou personnes de soins principales durant leur enfance. L'interviewer leur demande alors de chercher des adjectifs précis pour décrire leur relation, d'abord à la mère, puis au père et ensuite de rechercher des souvenirs précis qui viennent exemplifier ces adjectifs. L'interviewer est particulièrement attentif à la capacité du participant à se remémorer des épisodes précis dans ses souvenirs d'enfance – qui décrivent chacun des adjectifs – mais aussi les réactions qu'il avait durant son enfance lorsqu'il était émotionnellement perturbé, qu'il était malade ou encore qu'il s'était fait mal. Le participant est également interrogé sur la réaction des parents dans ces diverses circonstances. On lui demande de rapporter ses premiers souvenirs de séparation d'avec les parents durant son enfance et ce qu'il se souvient avoir ressenti dans ces moments. On demande également au participant de s'exprimer en détails sur les éventuelles préoccupations qu'il aurait vécues durant son enfance ou encore les éventuelles expériences de rejet. On explore la manière dont le participant pense que ces expériences ont influencé sa personnalité à l'âge adulte. Durant l'entretien, d'autres questions portent sur les thématiques de la perte de personnes proches ou d'expériences d'abus en tout genre. L'interviewer doit alors explorer avec sensibilité le maximum de détails autour de ces expériences, à savoir : quelles émotions le participant pense avoir ressenties en tant qu'enfant à l'époque, la gravité des abus, la fréquence ou encore la soudaineté de la perte, les réactions de l'entourage ensuite, les souvenirs précis d'enterrements et ainsi de suite.

Les entretiens n'ont pas été menés et codés par la même personne. Le codage prescrit par l'Institut Mary Main (Main et al., 2003) implique une formation de deux semaines. Le codeur, une fois formé, doit coder 30 entretiens sur lesquels il est alors examiné pour tester la validité inter-juge selon les normes de codage. C'est seulement à la suite de cela que le codeur peut être considéré comme codeur agréé pour les entretiens AAI selon la méthode de codage de l'Institut Mary Main. Ainsi un codeur agréé a été engagé pour assurer la validité des codages (il s'agit de Monsieur Francesco Lopes). Le codeur AAI n'avait aucune connaissance des autres données sur les patients et les sujets contrôles lors des codages. Les entretiens AAI ont ainsi été transcrits et transmis ainsi à Monsieur Lopes pour les codages.

Selon les codages AAI, les entretiens sont classés selon trois dimensions :

1. les expériences probables de l'enfant
2. l'état d'esprit d'attachement
3. la résolution émotionnelle ou la désorganisation concernant les expériences de rejet, séparation, perte ou abus.

Sur les deux premières dimensions, les expériences ou états d'esprit en lien avec la mère et le père sont distingués. Chacune de ces trois dimensions mentionnées est composée de sous-catégories auxquelles le codeur peut attribuer un chiffre allant de 0 à 9. Ces échelles sont mesurées par le codeur et non pas par le participant, qui ne se base pas uniquement sur le contenu rapporté par le participant, mais sur tous les indices de cohérence entre mémoire épisodique et mémoire sémantique. Ce codage permet alors de classer les participants selon les quatre catégories indiquées dans le chapitre sur l'Adult Attachment Interview. Il est important de comprendre que la catégorie sécuritaire n'est pas attribuée au participant qui mentionne uniquement avoir fait des expériences de parents aimants, mais au participant qui se montre collaborant dans l'accomplissement de la tâche demandée, qui parvient à se souvenir avec aisance de son enfance, dont les représentations générales de l'attachement et les émotions durant l'entretien sont cohérentes avec les souvenirs précis rapportés, même lorsque celles-ci sont négatives au niveau du contenu. Le discours des personnes sécuritaires (F) concernant l'attachement montre qu'elles valorisent les relations proches et qu'elles ont accès à leurs émotions mobilisées par le récit de ces relations, que ces dernières soient positives ou négatives. Les individus dits « sécuritaires » peuvent aussi admettre leur vulnérabilité en lien avec certaines expériences ou encore se montrer émus sans chercher à éviter leurs émotions. Souvent, lorsqu'ils mentionnent des

expériences difficiles avec leurs parents durant leur enfance ils arrivent à comprendre le vécu du parent qui le poussait à le faire agir ainsi. Les insécures-détachés (Ds) sont caractérisés par un score élevé d'idéalisation de leurs parents, incohérent avec les souvenirs épisodiques rapportés, ce qui représente un évitement cognitif des émotions. Ils ont également un score élevé quant à l'incapacité à avoir recours à leurs souvenirs d'enfance, ce qui témoigne également d'une gestion émotionnelle basée sur une forme d'évitement. Ces participants minimisent l'effet émotionnel que peuvent provoquer les questions de l'entretien, parfois même avec une attitude moqueuse face aux questions de l'interviewer. Ils n'accordent que peu d'importance aux relations d'attachement et tendent à vouloir se montrer invulnérables et très indépendants. Souvent, lorsqu'ils sont amenés à rapporter des expériences relationnelles douloureuses, ils mentionnent ne pas avoir été affectés négativement par celles-ci voire même avoir été renforcés. Les insécures-préoccupés (E) rapportent souvent des colères et émotions encore très intenses vis-à-vis de leur figures d'attachement concernant des expériences qui ont eu lieu durant leur enfance. Souvent le comportement du parent n'a pas su être interprété par la personne qui subit l'expérience passivement. Parfois ce participant tend à faire le récit de ses expériences d'enfance presque en s'adressant au présent avec colère au parent concerné. Le discours passe aussi souvent d'une préoccupation excessive quant aux émotions du parent – ce qui traduit l'inversement des rôles ou en d'autres termes la « parentification » de la personne – à un mode d'expression très enfantin, où le participant invite l'interviewer à presque le mater. On peut surprendre les insécures aussi à vouloir utiliser du jargon clinique durant l'entretien pour dénigrer leurs figures d'attachement. La dimension de la désorganisation peut être identifiée dans les réponses du participant autour des questions concernant les pertes ou les abus. Souvent on observera des croyances non raisonnées autour de la perte de l'être cher, ou la personne peut tout d'un coup parler de l'individu décédé comme s'il était encore en vie. On va observer également que la personne en racontant l'événement y est presque replongée par moment comme par l'intrusion de flash-back. Par exemple, la personne va s'accrocher à un détail de son expérience passée durant l'entretien sans prendre le temps de renseigner l'interviewer afin que ce dernier parvienne à suivre le participant sur l'importance de ce détail. On peut aussi observer des sauts du « coq-à-l'âne » dans le discours de la personne autour de l'élément très chargé émotionnellement. Ainsi, la catégorie désorganisée (U) ne sera pas attribuée à elle seule mais peut être ajoutée à l'une des autres.

Notons que des difficultés ont été identifiées concernant la passation des entretiens AAI avec les patients. La thématique des expériences relationnelles précoces est pénible à aborder pour les personnes souffrant de schizophrénie qui ont, pour un grand nombre d'entre elles, été victimes d'abus en tout genre durant leur enfance. Plusieurs d'entre elles ne se sont pas suffisamment exprimées durant les entretiens pour qu'il soit possible de déterminer la présence de traumatismes. Ces personnes ne présentent par ailleurs pas de difficultés cognitives qui expliqueraient mieux la pauvreté de leurs réponses. Nous avons alors évalué au cas par cas la possibilité d'explorer davantage ces dimensions en prenant en compte le fait qu'il s'agit de patients très vulnérables, pour certains à haut risque suicidaire ou encore à risque de décompensation psychotique. Par ailleurs, pour des raisons éthiques, l'objectif était de préserver les participants d'émotions trop négatives durant l'entretien. Il a été possible néanmoins de déterminer le type d'attachement de ces personnes avec une sécurité suffisante, mais la dimension de la désorganisation n'a alors pas systématiquement pu être explorée. Les études de Dozier et ses collègues (Dozier, 1990 ; Dozier et al., 1994) mentionnent par ailleurs le risque de surévaluer la désorganisation chez des personnes souffrant de psychose de part l'éventuelle présence de symptômes positifs de désorganisation. Nous avons donc décidé de ne pas prendre en compte la dimension de la désorganisation chez les patients, mais uniquement les trois catégories à savoir (F, Ds et E).

Pour des raisons éthiques également, et par souci clinique, nous avons offert aux patients le souhaitant un entretien de débriefing suite à la participation à cette étude. Huit patients y ont effectivement eu recours. Chez les sujets contrôles les entretiens AAI se sont très bien déroulés, beaucoup de participants étaient très émus durant leur récit, mais mentionnaient avoir trouvé l'entretien agréable et intéressant.

6.2.5 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

L'évaluation symptomatologique intitulée le « Brief psychiatric rating scale » permet d'évaluer vingt-quatre dimensions symptomatologiques. Les items de 1 à 14 sont évalués en fonction des réponses qu'apportent les patients aux questions du clinicien. Les items de 15 à 24 sont évalués en fonction du comportement du patient. Chaque item peut être mesuré selon une échelle allant de 1 à 7 – 1 représentant l'absence du symptôme, 2 indiquant que le symptôme est très léger, 3 qu'il est léger et 4, modéré. Lorsqu'on passe la barrière des 5, on indique déjà une intensité plus sévère (dite modérément sévère), 6 étant sévère. Ainsi, entre 6 et 7 une hospitalisation peut être nécessaire selon le symptôme. Etant donné que nous travaillons avec une population de patients stabilisés nous ne devrions pas atteindre de telles intensités symptomatologiques. Nous éviterons ici de répertorier chacun des items, d'expliquer encore une fois lesquels appartiennent aux symptômes positifs et lesquels appartiennent aux symptômes négatifs dans la schizophrénie. A ce sujet, nous renvoyons le lecteur à la partie théorique sur la schizophrénie. Il s'agit d'un outil d'évaluation symptomatologique utilisé depuis plus de trente ans en psychiatrie (Lukoff et al., 1990).

6.2.6 Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID)

Nous avons vérifié les diagnostics des patients à l'aide du « Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) ». Comme l'indique son nom anglais, il s'agit du guide d'entretien construit pour évaluer l'axe I des symptômes du DSM IV. Dans certains cas la passation de cet entretien peut nécessiter plusieurs heures. En moyenne nous avons convoqué les patients à trois entretiens d'une heure pour la passation de cet entretien. Le SCID-NP est une version simplifiée permettant de discriminer la présence d'un trouble de l'axe I chez des « Non Patient ». Nous n'apporterons pas plus de détails concernant cet outil diagnostique validé et nous contentons d'en indiquer les références (First et al., 1997).

6.3 Grille d'analyse de l'attachement à une figure spirituelle/religieuse

Etant donné qu'il n'existe pas d'outil d'investigation de la projection de dynamiques d'attachement sur des figures spirituelles, comme mentionné préalablement, nous avons nous-mêmes développé un canevas d'entretien semi-directif. Dans cette partie, nous nous efforcerons d'explicitier la grille d'analyse à laquelle nous avons eu recours pour coder les entretiens réalisés à partir du canevas d'entretien sur les croyances et pratiques religieuses en lien avec des figures spirituelles/religieuses.

Dans l'idéal nous aurions aimé pouvoir construire une grille d'analyse s'appuyant sur le système du codage du AAI. Comme mentionné, le AAI permet de mesurer l'état d'esprit d'attachement en lien avec les premières expériences d'attachement. Nous devons donc prendre en compte que cet outil d'analyse peut s'appuyer sur la quasi-certitude que les réactions émotionnelles observées durant l'entretien sont bien en lien avec des relations d'attachement. Cela permet d'interpréter l'absence de souvenirs précis, la pauvreté du discours et la faible importance accordée à ces relations comme l'expression d'un évitement. Or, cette certitude n'est pas donnée dans l'entretien sur une éventuelle relation d'attachement à une figure spirituelle/religieuse. En effet, l'une des hypothèses de ce travail est de vérifier la possibilité qu'une figure spirituelle soit investie sur le mode d'une figure d'attachement. Cela ne veut pas dire que l'attachement est la seule manière d'investir une figure spirituelle. Il se pourrait donc que certaines personnes accordent peu d'importance à leur croyance en une figure spirituelle non pas parce qu'elles l'investissent sur le mode insécure-détaché, mais parce qu'elles ne l'investissent pas du tout sur le mode de l'attachement. L'objectif est ainsi d'examiner les processus psychiques sous-jacents du coping religieux « relationnel ». Or, la condition *sine qua non* pour pouvoir procéder à l'examen de dynamiques d'attachement est donc l'identification d'un coping de type relationnel en lien avec une figure spirituelle. Nous avons donc décidé de construire notre grille d'analyse, non pas directement à partir du codage du AAI, mais à l'aide d'un arrière-plan théorique plus vaste reprenant la description des modèles internes opérants par Bowlby, des chercheurs Mickulincer, Berant, Cassidy, Shaver (2009) et selon le manuel de codage AAI de Main. Cette grille d'analyse a donc été construite à la fois à partir de l'arrière-plan théorique mentionné ci-dessus et à la fois à partir des entretiens semi-structurés avec les participants. En examinant les entretiens, nous avons identifié à fur et à mesure certaines régularités dans les dynamiques d'attachement en fonction du contenu et de la forme du discours du participant. Pour tenter de rendre cet outil de codage le plus

transparent et accessible possible, nous avons décidé dans cette partie d'illustrer la variété des contenus de certaines des cases de la grille d'analyse en montrant des extraits d'entretien.

6.3.1 Rappel théorique sur les modèles internes opérants

Avant de nous lancer dans la description de la grille d'analyse des entretiens sur les croyances et pratiques religieuses/spirituelles, nous aimerions rappeler au lecteur les dynamiques des différents modèles internes opérants d'attachement adulte pour lui permettre d'accéder facilement à la logique du codage. Selon une synthèse réalisée à partir des descriptions de Bowlby, des chercheurs Mickulincer, Berant, Cassidy, Shaver (2009) et selon le manuel de codage AAI de Main, les modèles internes opérants d'attachement et les comportements allant avec regroupent quatre dimensions importantes :

- 1) l'accès aux souvenirs d'expériences en lien avec l'attachement
- 2) les croyances, attitudes et attentes en lien avec l'image de soi et des autres
- 3) les objectifs relationnels et besoins en lien avec l'attachement
- 4) les stratégies comportementales pour atteindre les buts et la satisfaction des besoins

La manière dont une personne réagit cognitivement, émotionnellement et d'un point de vue comportemental à ces quatre dimensions peut traduire un certain degré d'anxiété et d'évitement. L'anxiété se réfère à l'inquiétude concernant la disponibilité et la disposition (envie) de l'autre à répondre aux besoins d'attachement. Chez ces personnes, le système d'attachement est facilement activé et lié à des stratégies comportementales d'une recherche excessive de proximité (par exemple : demandes excessives, vérification du maintien du lien,...). L'évitement renvoie à l'inconfort de l'intimité et à l'utilisation de stratégies visant la désactivation du système d'attachement (éviter la recherche de proximité, éviter d'en ressentir le besoin,...).

6.3.1.1 Les sécures ont un faible niveau d'anxiété et manifestent peu d'évitements

- 1) Ils ont de la facilité à accéder à des souvenirs précis d'expériences en lien avec l'attachement. Concernant le non-verbal, même si les souvenirs ne viennent pas directement ils se montrent collaborants et à l'aise dans la recherche de ces derniers durant l'entretien. Ainsi on obtient plus facilement un entretien riche en expériences d'attachement et des réflexions cohérentes avec des personnes sécures.

2) Ils ont une bonne image d'eux-mêmes (comme méritant de l'attention et de l'amour) et des autres (comme étant fiables, disponibles, bien intentionnés). Cela se traduit souvent par des descriptions positives de l'image des autres et de la relation, sans présence de réflexion excessive autour de leur valeur, de ce qu'ils font juste ou non, du regard que les autres portent sur eux et de la fiabilité des autres.

3) Ils valorisent les relations d'attachement (ils souhaitent par exemple avoir une famille, un compagnon, des enfants et ont du plaisir à être avec ceux-ci).

4) Ils ont des stratégies comportementales efficaces pour atteindre les buts et la satisfaction de leurs besoins. Par exemple, ils parviennent à demander de l'aide et ne remettent pas en question leur valeur ou la fiabilité des autres si le soutien n'est pas immédiat. Cela leur permet d'avoir une bonne balance entre le besoin de proximité et l'autonomie. Les sécures développent aussi des stratégies de coping plus riches et sont plus flexibles face à une situation difficile. Ils peuvent être autonomes et demander de l'aide dans une situation précise sans que cela ne remette en question leur autonomie.

6.3.1.2 Les insécures préoccupés ont un haut niveau d'anxiété et manifestent peu d'évitements voire tendent à se surexposer

1) Ils ont de la facilité à accéder à des souvenirs précis d'expériences en lien avec l'attachement, mais plus sur le mode de la rumination, ce qui induit une violation des maximes de Grice (1979) en termes de quantité et de qualité. Leurs émotions sont tellement activées durant le récit, qu'ils tendent à rapporter trop d'informations qui ne sont plus pertinentes ou nécessaires pour illustrer ce pour quoi ils ont été interrogés. Ils se montrent collaborants durant l'entretien, mais tendent à semer l'interviewer dans une quantité d'informations souvent moins cohérentes que chez les sécures.

2) Leurs cognitions manifestent des remises en question de leur image qui semble profondément dépendre de la disponibilité de la figure d'attachement. Une colère non digérée peut s'éveiller vis-à-vis de l'autre, traduisant un sentiment d'abandon (les autres sont souvent considérés comme non fiables, peu disponibles ou imprévisibles).

3) Ils survalorisent les relations d'attachement (ils souhaiteraient par exemple vivre en symbiose avec leur famille, compagnon ou enfants).

4) Ils ont des stratégies comportementales inefficaces sur le long terme pour atteindre les buts et la satisfaction de leurs besoins. En effet, ils ont des demandes excessives d'aide et de soutien, ils vérifient constamment la stabilité du lien et remettent perpétuellement en

question leur propre valeur ou la fiabilité des autres si le soutien souhaité n'est pas comblé. Ils sont dans la recherche constante de proximité au détriment de leur autonomie. Les préoccupés développent des stratégies de coping moins riches et moins flexibles face à une situation difficile. Leurs craintes traduisent la peur de la solitude, de l'abandon parce qu'ils ne pourraient pas se débrouiller sans leurs figures d'attachement.

6.3.1.3 *Il existe deux types d'insécurés-détachés si l'on observe les sous-catégories du AAI*

- Ceux qui ont un faible niveau d'anxiété de par la présence d'évitements massifs
- ceux qui ont un haut niveau d'anxiété et un haut niveau d'évitement

(Fondamentalement on peut situer les deux sur un continuum où l'un apparaît comme plus défensif que l'autre).

1) Ils ont des difficultés à accéder à des souvenirs précis d'expériences en lien avec l'attachement car cela risquerait d'activer le système d'attachement. Ils préfèrent donc éviter une telle situation. Au niveau non verbal ils ne se montrent pas à l'aise avec des thématiques portant sur leur intimité et leurs émotions. Ils tendent à vouloir vérifier et garder un contrôle sur les intentions de l'interviewer et peuvent se montrer peu collaborants. Ainsi, les entretiens sont souvent plus pauvres en expériences d'attachement rapportées. Le malaise se traduit souvent par des réflexions incohérentes. Certains tendent à s'étaler sur des thématiques n'activant pas le système d'attachement (dynamique d'évitement, de fuite).

2) Les personnes appartenant au sous-type évitant présentent peu de réflexions sur leur image d'eux-mêmes ou des autres. Cela s'inscrit également dans un évitement. Ils peuvent sembler avoir peu de recul sur eux-mêmes et ne parviennent pas ou difficilement à métacommuniquer. Le sous-type évitant tend à rapporter des images positives des autres mais sans exemplifier leur point de vue ce qui traduit une idéalisation de l'autre et de la richesse de l'échange qui s'inscrit dans le déni. Ces personnes ne supportent pas la frustration dans la relation aux autres et se coupent ainsi de potentielles émotions négatives sur un mode défensif. Le sous-type anxieux-évitant manifeste des frustrations quant aux relations aux autres (« cela ne sert à rien, les autres ne sont pas fiables, moi on ne m'aime pas » etc....) ce qui traduit des attentes non satisfaites. Ces personnes tiennent aussi activement un discours valorisant l'autonomie de manière excessive.

3) Le sous-type évitant ne semble pas manifester le besoin d'être avec autrui. Les intérêts des individus y appartenant portent sur autre chose. Le sous-type anxieux-évitant tend à dévaloriser les relations d'attachement.

4) Ils ont de la peine à identifier leur besoin d'attachement étant donné qu'ils sont emprisonnés dans des stratégies défensives. Ils ont des stratégies comportementales inefficaces pour atteindre les buts et la satisfaction de leurs besoins. Ils ne parviennent pas à demander de l'aide en partant de l'idée que les autres ne sont de toute façon pas fiables ou qu'« eux » on ne va pas les aider. Ils semblent craindre leur perte d'autonomie dans la proximité avec l'autre, qui risque de susciter des émotions qu'ils ne parviennent pas à maîtriser. Ces personnes ont relativement peu de ressources dans leurs stratégies de coping étant donné que leur capacité à demander de l'aide ou du soutien est affectée de par leurs modèles internes opérants.

Différents modèles d'attachement peuvent coexister chez une même personne. Selon si la personne est interrogée sur sa relation avec ses parents, ses amis, son partenaire amoureux ou encore ses relations professionnelles, différents modèles internes opérants peuvent être identifiés. La grille développée pour l'analyse de l'attachement en lien avec une figure spirituelle doit permettre de décrire au mieux la réalité pour ensuite identifier des régularités. Notre ambition sera donc essentiellement de parvenir à distinguer les patterns sécures des patterns insécures et simplement d'essayer d'identifier la prédominance de tendances préoccupées ou détachées chez les insécures.

6.3.1.4 *Première partie de la grille : Parents-Enfance-Changements à l'Adolescence- Changements à l'Age adulte-Actuellement*

Diverses études portent sur le lien entre le type d'attachement et la religiosité des parents. Par ailleurs, on peut se demander si le recours au religieux pour faire face à une situation difficile peut résulter de l'apprentissage par imitation des parents durant l'enfance. Ainsi nous avons décidé d'examiner la présence de la religion/spiritualité durant l'enfance non seulement de par l'environnement (parents, éducation etc....), mais aussi à travers le rapport de souvenirs de croyances et pratiques personnelles durant l'enfance.

Voici un extrait de la grille concernant les parents :

	(x, o, ma, pa, ma&pa, A)	LIGNES /EXTRAITS
		patient,contrôle
PARENTS		
affiliation religieuse		
Chrétienne		
catholique		
protestante		
orthodoxe		
évangélique		
autre		
musulmane		
judaïque		
bouddhiste		
autre		
sans affiliation		
ne sait pas		
pratiques seuls		
pratiques avec d'autres		
recours au religieux/spirituel pour faire face aux difficultés dans la vie		

Figure 2 : Extrait de grille d'analyse sur la religiosité/spiritualité des parents

Dans les colonnes, les abréviations qu'il importe d'indiquer pour la partie sur les parents sont les suivantes : « Pa, Ma, Ma&Pa, A ». « Pa » indique que la case cochée compte pour le père, « Ma » pour la mère, « Ma&Pa » pour les deux parents et « A » pour une autre figure d'attachement présente durant l'enfance de la personne interrogée.

Si la personne rapporte avoir eu des croyances religieuses en lien avec une figure spirituelle, nous vérifions si cette relation comporte un ou plusieurs des quatre critères décrits par Bowlby pour identifier une figure d'attachement.

	(X, O)	LIGNES /EXTRAITS
		patient,contrôle
ENFANCE		
AFFILIATION RELIGIEUSE/PRATIQUES		
Chrétien		
catholique		
protestant		
orthodoxe		
évangélique		
autre		
musulman		
judaïsme		
bouddhisme		
autre		
sans affiliation		
ne sait pas		
pratiques seuls		
pratiques avec d'autres		
CROYANCES RELIGIEUSES/SPIRITUELLES		
Croyance en des figures spi/rel durant enfance		
une figure spirituelle principale durant enfance		
critères d'une figure d'attachement		
Recherche de proximité à cette figure		
La figure représente un havre de sécurité		
La figure fonctionne comme une base sécurisée		
Anxiété/craintes présente lors d'une séparation imaginée ou réelle d'avec cette figure		
fréquence de recherche d'aide		
jamais		
rarement		
de temps en temps		
souvent		
toujours		
ne sais plus		
exclusivité de la recherche d'aide au près de cette figure		
exclusivement		
pas exclusivement		

Figure 3 : Extrait de la grille sur la religiosité/spiritualité et l'éducation religieuse durant l'enfance

Ensuite tout changement au niveau spirituel/religieux est relevé en particulier à l'adolescence et à l'âge adulte. A l'âge adulte, nous vérifions particulièrement si ces

changements sont en lien avec l'apparition de la maladie ou des expériences susceptibles d'activer le système d'attachement. A chaque étape (enfance, adolescence, âge adulte) l'affiliation religieuse est vérifiée, la présence de pratiques seul ou avec d'autres, la présence de croyances, si oui la présence de croyances en une ou plusieurs figures spirituelles. On essaye de voir ensuite si actuellement l'une de ces figures est investie sur le mode de l'attachement.

	(x, o)	LIGNES /EXTRAITS
	patient, contrôle	
ADOLESCENCE		
CHANGEMENTS D'AFFILIATION DEPUIS ENFANCE (oui/non)		
conversion		
reconversion		
déconversion		
CHANGEMENTS DE PRATIQUES DEPUIS ENFANCE (oui/non)		
baisse pratiques seul		
augmentation pratiques seul		
commencé pratiques seul		
arrêté pratiques seul		
changement de pratiques seul		
baisse pratiques avec d'autres		
augmentation pratiques avec d'autres		
commencé pratiques avec d'autres		
arrêt de pratiques avec d'autres		
changement de pratiques avec d'autres		
CHANGEMENT DE CROYANCES		
concernant la figure spirituelle principale de l'enfance		
concernant la croyance en d'autres figures/objets spirituels		
changement dans les valeurs/discours spi/rel		
intérêt pour d'autres courants spi/rel ou traditions spi/rel		
Intensification des croyances		
développe des croyances spi/rel		
abandonne des croyances spi/rel		

Figure 4 : Extrait de la grille d'analyse concernant les changements religieux/spirituels durant l'adolescence

	(x, o, ma, pa, ma&pa, A)	LIGNES /EXTRAITS
	patient,contrôle	
CHANGEMENTS A L'AGE ADULTE		
CHANGEMENTS D'AFFILIATION		
conversion		
reconversion		
déconversion		
CHANGEMENT DE PRATIQUES		
baisse pratiques seul		
augmentation pratiques seul		
commencé pratiques seul		
recommencé pratiques seul		
arrêté pratiques seul		
changement de pratiques seul		
baisse pratiques avec d'autres		
augmentation pratiques avec d'autres		
commencé pratiques avec d'autres		
recommencé pratiques avec d'autres		
arrêt de pratiques avec d'autres		
changement de pratiques avec d'autres		
CHANGEMENT DE CROYANCES		
changement dans les valeurs/discourt spi/rel		
intérêt pour d'autres courants spi/rel ou traditions spi/rel		
changement de croyances concernant des figures ou objets spi/rel		
Intensification des croyances		
développe des croyances spi/rel		
abandonne des croyances spi/rel		
recommence à croire		
CHANGEMENT DE CROYANCES CONCERNANT UNE FIGURE REL/SPI		
commence à croire en une figure spi/rel		
arrête de croire en une figure spi/rel		
changement des représentations d'une/de figure(s)spi/rel		
apparition de craintes de la figure spirituelle/religieuse		
sentiment de persécution par la figure spirituelle/religieuse		
apparition de doutes de l'existence de la figure spirituelle/religieuse		
apparition de colère vis-à-vis de la figure		
apparition d'un sentiment d'abandon de la figure spirituelle, ou sentiment qu'elle n'est pas fiable (doute de pouvoir compter dessus)		
explication des changements		
En lien avec l'apparition de la maladie		
En lien avec un abus de substance		
En lien avec la souffrance		
Solitude/un sentiment de vide, manque		
expérience spi/rel mystique/intense		

Figure 5 : Extrait de la grille d'analyse concernant les changements religieux/spirituels à l'âge adulte

6.3.1.5 *Deuxième partie de la grille : Actuellement : Une figure spirituelle investie sur le mode de l'attachement*

Comme mentionné, le AAI permet de mesurer l'état d'esprit d'attachement en lien avec les premières expériences d'attachement. Cet outil d'analyse s'appuie sur la certitude que les réactions émotionnelles observées durant l'entretien sont bien en lien avec des relations d'attachement. Dans cette optique, l'absence de souvenirs précis, la pauvreté du discours et la faible importance accordée à ces relations peuvent être interprétés comme l'expression d'un évitement. Or comme nous l'avons explicité plus haut, cette certitude n'est pas donnée dans l'entretien sur une éventuelle relation d'attachement à une figure spirituelle/religieuse. Nous chercherons à vérifier au cours de ce travail si une figure spirituelle peut être investie sur le mode d'une figure d'attachement. Mais cela ne veut pas dire que l'attachement est la seule manière d'investir une figure spirituelle. Il faut donc garder à l'esprit que certaines personnes accordent peu d'importance à leur croyance en une figure spirituelle non pas parce qu'elles l'investissent sur le mode inséparable-détaché, mais parce qu'elles ne l'investissent pas du tout sur le mode de l'attachement. L'objectif étant d'examiner les processus psychiques sous-jacents du coping religieux « relationnel ». La condition pour pouvoir procéder à l'examen de dynamiques d'attachement est donc l'identification d'un coping de type relationnel en lien avec une figure spirituelle.

La grille doit donc permettre d'identifier :

- la présence ou non d'une croyance en une figure spirituelle
- la présence ou non de dynamiques d'attachement en lien avec cette figure
- les stratégies de coping empruntées pour exploiter la relation à cette figure dans la régulation émotionnelle (sur un mode de recherche de proximité en cas de difficulté, hyperactivation du besoin de proximité ou évitement du besoin de proximité)
- la satisfaction ou au contraire la frustration que tire la personne de cette relation
- l'image que la personne a de la figure spirituelle comme étant bonne, fiable ou au contraire non prévisible, non fiable, ambivalente...
- comment la relation à une figure spirituelle/religieuse influence l'image de soi, des autres et de soi en relation avec les autres
- les différences ou similitudes que la personne mentionne dans sa représentation de la figure spirituelle avec les autres êtres humains ou encore les premières figures

d'attachement (en d'autres termes on vérifie si la personne vit cette relation dans une continuité avec ses modèles internes opérants ou si cette relation induit un changement)

- si la personne mentionne avoir vécu des changements au niveau spirituel/religieux, il faut pouvoir repérer si ces derniers induisent des transformations dans les modèles internes opérants en lien avec l'attachement
- tout signe traduisant la présence d'une compensation situationnelle, c'est-à-dire que la personne comble un manque émotionnel dû à l'absence des figures d'attachement et non pas en lien avec une histoire d'attachement potentiellement insécure (ceci a été décrit de manière précise dans le chapitre sur l'attachement religieux)
- s'il y a recours à une figure spirituelle pour faire face à certaines difficultés, si ce recours est exclusif ou non (c'est-à-dire si la personne a d'autres ressources relationnelles ou non)
- l'importance accordée au lien d'attachement par le participant, notée par un nombre entre zéro et dix.

	(x, o)	LIGNES /EXTRAITS
	patient,contrôle	
ACTUELLEMENT		
AFFILIATION		
Chrétien		
catholique		
protestant		
orthodoxe		
évangélique		
autre		
musulman		
judaïsme		
bouddhisme		
autre		
sans affiliation		
ne sait pas		

Figure 6 : Extrait de la grille d'analyse portant sur la religiosité/spiritualité actuelle de la personne, ainsi que sur le lien à une éventuelle figure religieuse/spirituelle privilégiée

	(X, O)	LIGNES /EXTRAITS
	patient,contrôle	
PRATIQUES		
pratiques seul		
prie		
méditer		
poser des cartes ou faire des thèmes astraux/recourt à la voyance		
lecture de livres religieux/spirituels de films		
écouter de la musique /chanter pour rechercher certaines émotions/pensées		
se laisse guider/écoute		
recourt à objets symboliques		
faire des efforts en lien avec ses idéaux/valeurs		
pratiques avec d'autres		
Service/culte religieux		
groupe de prière		
animation d'atelier de musique ou d'activité		
programme de formation religieuse		
CROYANCES		
<i>Lister thématiques:</i>		
voyages astrales/ être à plusieurs endroits en même temps		
la résurrection		
un retour au souffle initial		
Paradis		
questions sur la fin du monde		
la réincarnation		
la vie éternelle		
Astrologie		
une philosophie de vie (par ex: l'être humain est bon, la société est corrompue)		
croissance en un/des lieux sécurisants		
une transcendance, un plus grand que nous mais sans être une entité ou figure spirituelle		
Le bien et le mal sont deux forces qui se combattent		
ovnis extraterrestres		
Fantômes et Maison hantée		
(+ NDE expériences proches de la mort)		
UNE/PLUSIEURS FIGURE(S) SPIRITUELLE(S) / RELIGIEUSE(S)		
<i>Lister et nommer:</i>		
Dieu		
Allah		
le saint-esprit		
Jesus		
Marie		
des anges		
Fatima		
les démons		
des saints		
les proches ou personnes décédés		
des dieux grecques		
le diable		

Figure 7 : (suite)

6.3.1.6 *Vignettes cliniques pour exemplifier le codage de la grille sur l'attachement religieux*

Nous proposons d'exemplifier certains des items de la grille avec des vignettes cliniques afin que le lecteur puisse mieux comprendre comment nous avons utilisé cet outil pour identifier :

1. si une figure religieuse/spirituelle est investie sur le mode de l'attachement par une personne
2. si cette relation répond aux critères d'une relation sécurisée ou insécurisée
3. si elle est insécurisée, si l'on peut identifier des tendances préoccupées ou des tendances détachées selon les modèles internes opérants.

	(x, o)	LIGNES /EXTRAITS
		patient, contrôle
UNE FIGURE INVESTIE SUR LE MODE DE L'ATTACHEMENT		
lister laquelle		
Marie		
Jésus		
Allah		
Dieu		
REPRÉSENTATION D'UNE FIGURE PRINCIPALE		
image positive de la figure spirituelle principale: (omniprésente/omnipotente; bonne, altruiste, aimante, aidante, soutenante, soignante, disponible, sensible à chacun en particulier, ne s'imposant pas, respectant la liberté de chacun, fiable, fidèle (on peut compter dessus).		
image ambivalente de la figure spirituelle principale: (Omniprésente/omnipotente, bonne, aimante, soutenante, soignante, mais pas disponible, pas sensible aux besoins de chacun en particulier, imprévisible, pas fiable (peut rejeter, peut abandonner)		
REPRÉSENTATION DE SOI/DES AUTRES OU REPERCUSSION SUR LA RELATION A SOI OU AUX AUTRES (EN LIEN AVEC LA RELATION A UNE FIGURE)		
Tout signe traduisant: dans sa croyance, sa relation à Dieu se vit comme méritant d'être aimée soutenue (ex: Elle m'aide, me soutien donc je mérite qu'on m'aime = vision positive de soi et/ou des autres), ou encore tout signe traduisant: je fais confiance à X ou encore je gère mieux mes relations aux autres (sans préciser le contenu des cognitions aidantes)		
vision douteuse ou négative de la fiabilité des autres et de la figure spirituelle		
Tout signe traduisant: que la personne se remet en question ou a une image d'elle-même comme ne méritant pas ou potentiellement pas qu'on l'aime, l'aide ou s'occupe d'elle et pense mal s'y prendre pour obtenir de l'aide (le problème vient d'elle)		

Figure 8 : Extrait de la grille sur l'attachement religieux

- A. Tout d'abord il s'agit donc d'identifier une figure religieuse ou spirituelle principale, telle que celles que nous avons trouvées dans notre échantillon : « Dieu, Allah, Jésus, la Vierge Marie ».
- B. Ensuite il s'agit de voir si la personne a une image positive ou ambivalente de cette figure.

Représentation de la figure religieuse/spirituelle positive ou ambivalente

Le contenu des diverses descriptions positives des figures a permis de retenir quelques caractéristiques positives principales et le contenu des diverses descriptions

ambivalentes de la figure a permis d'identifier les dimensions sur lesquelles se joue l'ambivalence.

Nous avons retenu que la personne avait une image positive de la figure spirituelle lorsque cette dernière était décrite comme bonne, altruiste, aimante, aidante, soutenante, soignante, disponible, sensible à chacun en particulier, ne s'imposant pas, respectant la liberté de chacun, fiable et/ou fidèle.

Nous avons retenu que la personne avait une image ambivalente de la figure lorsque celle-ci était décrite à la fois comme bonne, aimante, soutenante, mais aussi comme n'étant pas disponible, pas sensible aux besoins de chacun en particulier, imprévisible, pas fiable, susceptible de rejeter ou d'abandonner. En d'autres termes, on vérifie à l'aide de l'entretien sur les croyances et pratiques religieuses si la personne considère qu'on peut compter sur cette figure principale en toute circonstance ou non.

Exemples de représentations positives de la figure religieuse/spirituelle

Voici quelques exemples de personnes ayant été classées dans la catégorie de celles ayant une image positive de la figure religieuse/spirituelle.

Patient 2

Ce patient dit de son dieu qu'il est : « bon, il est tout-puissant. Ça, c'était toujours dans la tête » (ligne 58). Il mentionne aussi : « Parce que je m'adresse à une personne supérieure à l'univers, donc il nous écoute, il nous voit, il sait notre intérieur, même quand on n'a pas encore pensé à quelque chose il le sait déjà » (ligne 117).

Patient 5

Celui-ci dit dans l'entretien sur l'attachement religieux : « mais maintenant les qualités de Jésus : la fidélité, la patience, la tolérance, la paix, la compréhension, pas le rejet en tout cas. Supporter, il supporte. Il aime l'authenticité. Il aime que l'être humain soit vrai » (lignes 913-915).

Il ajoute : « et quand je dis Dieu ne rejette pas, dans le sens qu'on peut tout dire à Dieu, on peut dire qu'on l'aime qu'on le déteste, Dieu il est solide, il est pas. C'est marqué, il soutient toute chose par la parole (ligne 949).

Il dit de Dieu : « il est tellement amour que moi ça m'a libéré » (ligne 951).

Il parle de la pédagogie de Dieu, il le compare à un médecin. Il précise « Il a un projet, il a un plan de guérison et de vie pour chaque être humain, mais il est personnel » (ligne 1049).

Le patient met également en avant l'amour inconditionnel que lui offre son dieu. Il dit : « et là Dieu il m'a appris un truc fondamentalement, c'est que j'ai le droit de péter les plombs devant lui d'être pas d'accord avec mon dieu, je dirais mon père, et faire la gueule, il va pas me retirer son amour » (ligne 1168)

Il ajoute : « Il continue à t'aimer » (ligne 1174) .

Il précise que : « Et Dieu lui même ne viole pas la liberté des gens » (ligne 1248).

Patiente 14

Cette patiente décrit la Vierge Marie durant l'entretien sur l'attachement religieux en disant : « oui, elle me rassure. Ben c'est comme une mère pour moi, géniale quoi ! » (ligne 498).

Patient 25

Celui-ci dit durant l'entretien : « Dieu il est amour et vous savez que l'amour guérit tous les maux! Hein? » (ligne 183).

Personne contrôle 1

Cette dernière dit : « On pourrait parler d'une relation mais Dieu il est plutôt assis à côté de moi vous voyez. Ben si je l'imagine on est, il est assis sur un banc et pis il est à côté de moi pis on bavarde, il est pas en face de moi vraiment. Il est plutôt à côté. C'est un compagnon qui me prend la main un peu, si on doit faire une image et qui me protège qui a un grand manteau vous voyez, pis qui me protège, qui m'enveloppe. C'est ça plutôt la relation, le lien. C'est un lien assez enveloppant, assez protecteur » (ligne 653).

Personne contrôle 6

Celle-ci dit: « Mais ça apporte euh ! C'est, comment on dit, c'est comme fort, c'est un soulagement, c'est, il y a quelqu'un qui nous écoute, qui peut réagir, qui met tout devant lui, il est là pour nous écouter. Et euh ! Et il réagissait, il offrait d'autres chemins, il trouvait des solutions, c'est ça qu'on dit à lui, des fois Dieu, Dieu des fois il ne répond pas à notre question, pas parce qu'il ne veut pas, parce que des fois on doit passer des expériences, ce n'est pas là la vie facile, c'est comme un père, parce qu'il dit c'est un père comme nous. Comme j'ai mon fils il a trois ans, quand il a envie de bonbons il me demande, quand il a envie de quelque chose. Quand il descend l'escalier, il prend ma main et il est assis, il prend ma main et on court les deux ensemble, quand il joue du foot parce que je joue, quand il était petit, il avait deux ans. Et lui, il aime beaucoup le foot et moi aussi, alors il avait deux ans, il a envie de courir comme moi, alors qu'est-ce qu'il fait, il a trouvé qu'il prenait ma main. Parce qu'il est en sécurité et on court les deux, on court à fond mais il n'a pas peur qu'il tombe, parce que j'étais là, à côté de lui » (ligne 223).

Exemples de représentations ambivalentes de la figure religieuse/spirituelle

Voici quelques exemples de personnes ayant été classées dans la catégorie de celles ayant une image ambivalente de la figure religieuse/spirituelle.

Patiente 4

Elle dit : « Je lui ai tellement demandé d'aide, mais j'ai l'impression qu'il ne me répond pas toujours » (ligne 269).

Patient 13

Celui-ci parle de : « la peur que Dieu m'abandonne » (ligne 552).

Il précise : « ben c'est-à-dire que moi j'ai, je vais pas me culpabiliser outre mesure, mais c'est-à-dire qu'à l'époque, j'ai fait beaucoup de mal à mes parents, j'étais agressif avec mes parents et dans la Bible c'est marqué « tu honoreras ton père et ta mère ». Et pis j'espère que Dieu me pardonne quoi, du mal que j'ai fait à mes parents » » (ligne 269-73).

Patiente 15

Cette dernière dit : « Mais on n'est pas tout le temps répondu. Vous voyez, c'est ça (...) quelques fois, oui. Mais je dis il a sa vie aussi. Il a sa place (...) je pense que je peux pas me mettre à sa place, n'est-ce pas ? Je peux pas euh. On peut pas y être euh possessifs dans ce sens, dans ces choses-là » (ligne 489).

Elle explique alors : « Et puis quand on demande trop d'aide, c'est sûr que qu'il peut aussi avoir marre, n'est-ce pas ? » (ligne 633).

Patiente 20

Cette patiente dit de la Vierge Marie : « J'ai confiance, j'ai confiance en elle, en fait » (ligne 221). Puis elle ajoute : « Je sentais quelque chose de bénéfique, de de protecteur euh. Je sentais à la fois quelque chose de protecteur » (ligne 283).

Elle mentionne : « D'un côté ça me rassurait euh mais j'avais peur aussi de de de cette prière. J'avais peur à la fois » (ligne 278).

Puis elle mentionne : « Ou alors, une fois, j'ai brûlé la sainte Vierge Marie, parce que je croyais qu'elle avait le mauvais œil » (ligne 727).

Patiente 33

Celle-ci dit de Dieu : « il comprend tout, il sait tout, il connaît tout, il comprend tout » (ligne 297).

Elle dit : « il est amour, il est bon, il est lent à la colère, et riche en bonté » (ligne 293).

Puis elle mentionne : « héhéhé, ben c'est vrai qu'à un moment donné, quand je sentais que Dieu, il me faisait pas du bien, qu'il me poussait à faire un maximum, et ça d'ailleurs je le dis dans la pièce de théâtre qu'on va faire à Noël, qu'il me poussait à faire un maximum de choses pas bien, pis qu'il me pousse à me suicider pour que j'aïlle en enfer. A un moment donné, j'ai eu cette idée-là. Parce que c'est vrai que des fois je croyais, j'avais l'impression que lui, il me protégeait pas du danger » (ligne 411).

La figure spirituelle est-elle investie comme une figure d'attachement ?

C. Ensuite nous avons examiné systématiquement si la figure spirituelle ou religieuse répond aux quatre critères de Bowlby. Il s'agit :

1. de la recherche de proximité
2. de l'utilisation de la figure comme un havre de sécurité dans une situation stressante
3. de l'utilisation de la figure comme d'une base sécurisée
4. de la présence d'anxiété en cas de séparation involontaire – réelle ou imaginée – d'avec cette figure.

	(X, O)	LIGNES /EXTRAITS
		patient, contrôle
ATTACHEMENT A LA FIGURE (CRITERES, SECURES/INSECURES)		
Comportement d'attachement vis-à-vis de cette figure (Recherche de proximité à cette figure)		
Recherche de proximité à cette figure		
Recherche de proximité mais accompagné d'une banalisation, minimisation de l'importance accordée, intellectualisation défensive) ou carrément Distanciation		
La figure représente un havre de sécurité		
personne demande de l'aide à la figure spirituelle dans une situation de détresse (selon la tradition religieuse, la personne estime que c'est la figure qui vient vers elle dans cette situation)		
personne mentionne que cela ne sert à rien de demander de l'aide (cela traduit qu'il y avait une attente non satisfaisante)(très défensif) ou x ne peut pas m'aider		
La figure fonctionne comme une base sécurisée		
signes qui montrent que le recours à cette figure a une certaine efficacité: baisse de l'anxiété, augmentation de l'estime de soi, arrive à mieux s'engager dans la relation avec les autres		
signes qui montrent que le recours à cette figure n'est pas vécue comme suffisamment efficace, mais est reconnu comme une source de soutien		
personne mentionne que le recours à une figure spirituelle lui est utile, mais rien dans son discours, dans ses exemples, ne soutient cette idée (idée d'une idéalisation ou d'un discours normatif autour de l'utilité psychologique de la figure spirituelle)		
le recours ou la croyance en une figure spirituelle est considérée par la personne comme n'ayant aucune utilité		

Figure 9 : Critères d'identification d'une figure spirituelle comme figure d'attachement

Anxiété/craintes présente lors d'une séparation imaginée ou réelle d'avec cette figure		
personne mentionne ouvertement quand on lui demande, oui ce serait terrible (si rien n'existait, si elle m'abandonnait) ou mentionne clairement pourquoi elle lui fait confiance de ne pas être abandonné (pourquoi c'est justement l'antidote de cette crainte)		
Personne dit que non cette idée ne l'inquiète pas, mais au fond manifeste cette anxiété en se braquant (non c'est impossible, c'est inimaginable) = attitude défensive ou encore mentionne directement à qui elle a recours alors (ce qui traduit également qu'elle doit tout de suite combler ce vide par la recherche de proximité à d'autres figures d'attachement) (être inquiet est normal aussi pour le sécure)		
Personne évoque que de toute façon on ne peut pas compter dessus, ce qui traduit une dimension défensive vis-à-vis d'une attente non satisfaite. Ou encore personne mentionne qu'elle doute qu'on puisse compter dessus. On peut se retrouver seul c'est comme ça, faut être autonome, mais on doit bien s'accrocher à quelque chose ou encore personne nie toute émotion, banalise (cela ne me fait rien, on s'en fou de toute façon)		
personne évoque que la perte de cette figure, la punition, l'abandon est une peur récurrente (P). Essaie de faire des choses pour ne pas être abandonnée, manifestement a pas l'impression de pouvoir faire quelque chose pour s'assurer du maintien du lien		
X a les critères d'une figure d'attachement		
est investie sur un mode sécure		
est investie sur un mode insécure		
tendance détachée (en prenant en compte tous les points investigués selon les modèles internes opérants du ds)		
tendance préoccupée (en prenant en compte tous les points investigués selon les modèles internes opérants du P)		

Figure 10 : (suite)

Rappelons que les quatre critères de Bowlby décrivent une figure d'attachement sécurisante. Dans notre population nous avons donc regardé en fonction de chacun des critères – tels que Kirkpatrick les a décrits pour le domaine du religieux/spirituel – si des dynamiques d'attachement sont présentes et si la figure est investie sur un mode sécure ou non. Si la figure religieuse/spirituelle était investie sur un mode insécure, nous avons tenté d'identifier à partir des modèles internes opérants mis à jour au travers du discours des participants si des tendances détachées ou préoccupées étaient prédominantes. Pour permettre au lecteur de mieux comprendre comment nous avons rempli la grille d'analyse, nous allons prendre chacune des cases de la grille, l'expliquer et donner un exemple d'extrait d'entretien permettant de classer la personne dans cette case.

1. La recherche de proximité

La recherche de proximité : modèle interne opérant sécurée

Concernant le premier critère nous avons retenu comme appartenant au modèle sécurée, si la personne mentionne ouvertement rechercher la proximité à cette figure.

Patient 2

Il mentionne : « Oui, c'est le seul moment où on peut être en contact avec Dieu. Donc, lui demander tout ce qu'on a sur le coeur. C'est un moment de concentration où on est vraiment à proximité avec Dieu » (ligne 228).

Patient 5

Celui-ci dit : « mais connaître Dieu, c'est intime, c'est personnel » (ligne 1227).

Puis ajoute : « Je vis mon Dieu 24h/24. Et y a rien qui m'empêche de le vivre 24h/24 » (ligne 1454).

Ensuite il dit : « mais moi je veux Dieu qu'il me parle » (ligne 1123).

Patient 10

Ce dernier dit : « non, pour moi, il est toujours présent » (ligne 236).

Puis ajoute : « mais je pense qu'il est toujours présent et qu'il doit avoir la conscience de ce qu'on dit en fait. Il doit entendre. Moi j'ai toujours dit que Dieu n'a sûrement pas d'oreilles, mais en tout cas, le fait qu'il soit présent, ça veut dire qu'il est au courant en fait » (ligne 247).

Patient 11

Il dit : « Ou aussi parfois en marchant, comme ça m'arrive jusqu'à aujourd'hui dans la rue (...) En conduisant ma voiture (...) N'importe quand n'importe où (...) couché dans mon lit euh à parler euh (...) chuchoter à Dieu (ligne 430).

On lui demande : « D'accord. Donc vous pouviez toujours avoir recours à lui »? Il répond alors : « En permanence, oui » (ligne 453).

Participante contrôle 9

Elle dit : « Euh moi je la vis, pour moi y a cette omniprésence qui est là, pis, pis c'est quelque chose qui se fait, ça peut se faire dans la voiture, chez moi, enfin c'est quelque chose ça fait partie de ma vie donc forcément » (ligne 307).

La recherche de proximité : modèle interne opérant insécure

Nous avons retenu comme une manifestation d'un comportement de recherche de proximité ambivalent le fait que la personne recherche la proximité de la figure bien que son discours soit accompagné d'une banalisation ou minimisation de l'importance accordée à cette recherche de proximité ou encore d'une intellectualisation défensive voire qui manifeste la tentative simultanée d'une distanciation.

Patient 22

Il dit : « Il il est partout » (ligne 276).

Puis il mentionne : « Non, j'ai pas envie d'être proche de lui » (ligne 433).

Plus loin il rajoute : « Je veux juste qu'il m'aide » (ligne 436).

Le patient 29

Celui-ci dit de sa relation à Dieu : « euh, plutôt distante (...) on parle, on fait un vouvoiement, plutôt qu'un tutoiement » (ligne 387).

Patient 19

Ce dernier tend à une intellectualisation défensive durant tout l'entretien. Au départ il mentionne qu'il ne croit en rien, puis il dit : « Non. Il n'y a pas une sorte de relation, non (...) c'est seulement quelque chose que l'énergie, je sais pas. Un sentiment dans le coeur, là » (ligne 465). Quand on le relance sur la question en disant : « Pis vous dites, après un moment, vous avez fait appel à une autre énergie ? », le patient répond alors : « Oui (...) ça veut dire une sorte de changement d'esprit (...) à travers euh un principe qui qui me qui me donne finalement un peu de consolation » (ligne 513). Pour terminer il met tout de même sa spiritualité en rapport avec une sorte de recherche de lien lorsqu'il poursuit en disant : « ça veut dire cela ça se crée le le le lien pour les personnes. Il parle alors d'une « étincelle divine » (ligne 528). Plus loin il dit qu'on l'appelle le « bon Dieu ». Il continue encore : « Mais si on n'est pas seul et si on se sent pensé, consolé et pis euh protégé par quelqu'un ça veut dire quelqu'un qui vous prépare le lit par exemple (...) et qui fait aimablement euh ouvrir les fenêtres, tirer les rideaux (...) qui vous crée une sorte de nid pour se reposer » (ligne 536). Il finit donc par peindre le portrait d'une figure protégeante et maternante par excellence. On lui demande alors comment il fait pour arriver à ressentir cette étincelle divine et le patient répond : « Mm. Ouais, je peux méditer, je peux chanter ». On constate donc qu'il a même une réflexion sur la manière dont il peut parvenir à ressentir ce lien. Plus loin on lui demande : « Et alors, à ce moment-là, est-ce que le bon Dieu continue à vous tenir ? » et le patient répond : « Là, il va quand même me tenir, parce que il y a quelque part envers moi. Je sais pas euh (...) ça veut dire même même si je suis complètement abandonné, il y a une sorte de divine spark (...) Après je suis calme » (ligne 1225).

2. La figure spirituelle comme havre de sécurité

Signes d'un modèle interne opérant sécure

Le deuxième critère concerne le recours à la figure spirituelle/religieuse comme havre de sécurité pour faire face à des situations difficiles. Ici nous avons retenu comme une marque de lien sécurisant si la personne mentionne mobiliser la figure spirituelle sur ce mode explicitement.

Voici quelques exemples :

Patient 5

Il dit : « Je te dis honnêtement, j'ai appris. J'apprends à demander de l'aide de Dieu (...) ah oui, j'ai appris à demander de l'aide. Oui. Il m'a appris à travers les circonstances, à travers la solitude » (ligne 1322).

Il ajoute : « Je fais une prière à Dieu, je sais pas si c'est inspiré par le Saint Esprit. Mon prédicateur préféré dit « les hommes, ils recherchent la sagesse, mais la plus haute forme de sagesse c'est la prière » » (ligne 1386).

Il précise que : « quand il y a un moment de vide avec les gens, je parle à Dieu. Je vis mon Dieu 24h/24 » (ligne 1453).

Il précise encore : « je lui parle d'abord à lui. C'est lui d'abord mon conseiller, mon confident » (ligne 1498).

Patient 11

Celui-ci dit : « il y a (silence) la certitude de savoir qu'on s'adresse à un tout puissant qui existe (...) Ce qui donne, sur le plan physique, une sensation, je dis une sensation bien une sensation, de sécurité (...) Et sur le plan de l'émotion (...) une notion, émotionnelle de réconfort (...) Qui amène à la sécurité » (ligne 730).

Patient 13

Ce dernier dit : « ben j'avais un peu le cafard quoi. Je n'avais pas tellement le moral, alors j'ai prié le seigneur, j'ai lu un peu la Bible. Après, ça allait mieux » (ligne 490).

Patiente 15

Elle mentionne : « ça, j'ai eu toujours. Même maintenant, souvent, je me mets à prier si si je me sens angoissée ou comme ça, je me mets à prier souvent » (ligne 87).

Patient 19

Il dit : « on peut prendre refuge chez Jésus » (ligne 532).

Patiente 31

Celle-ci dit : « je me disais, je, je, je priais, je disais vraiment. Et c'est vrai, je me revois dans ce scan et je m'imaginai Jésus qui m'accompagnait quoi, qui m'accompagnait dans ce tunnel » (ligne 461).

Elle ajoute : « Et il, là, j'avais besoin de visualiser euh une, une présence qui était là, qui, qui me tiendrait par la main » (ligne 471).

Patiente 33

Elle dit : « et pis souvent, je lui demande de l'aide, et puis, il est là, il est là » (ligne 255).

Personne contrôle 6

Celle-ci dit : « Mais alors, quand on pense, comme je suis chrétien, je pense toujours, même si y'a personne qui m'aime ou si y'a un moment où je suis tout seul, par exemple, quelque part dans un pays étranger et je connais personne et personne me voit, machin, il y a toujours Dieu (...) Il est toujours là. Celui qui me donne l'amour, celui que je peux parler avec lui, que je pense qui m'aime (...) C'est lui il me répond des fois. (...) Euh, il est là pour notre secours. Quand on dit y'a personne, il est là » (ligne 553).

Personne contrôlée 19

Ce dernier dit : (...) Et pis quand on en ressent le besoin, et ben on s'installe confortablement à quelque part et on fait une petite prière (ligne 426).

Il ajoute : « donc euh du coup, on demande son aide et son approbation en fait à chaque, à cha-, à to, tout ce qu'on fait » (ligne 487).

Il explique que : « c'est là, ça vient et pis peut-être que justement comme j'te disais le fait de, de prononcer certaines paroles qui ont une certaine vibration particulière vont effacer les voiles et rétablir la connexion de manière plus pure, et pis, tu vas ressentir plus franchement, mais c'est toujours là, c'est toujours présent » (ligne 530).

Signes d'un modèle interne opérant insécuré

Nous avons retenu comme marque d'un lien insécuré le fait que la personne aurait souhaité pouvoir se servir de la figure comme d'un havre de sécurité mais qu'elle n'y parvient pas. Elle peut alors le manifester en expliquant explicitement que la figure en question ne peut pas l'aider ou en précisant avec colère que cela ne sert à rien d'y avoir recours sur un mode plus défensif.

Patient 10

Celui-ci dit : « oui, oui beaucoup auprès de ma mère, mais je remarque qu'elle peut pas m'aider. En fait, je remarque qu'elle est un peu comme Dieu, elle répond pas » (ligne 610).

Il précise : « mais j'ai jamais essayé de rentrer en contact avec lui. J'ai pas envie. Parce que je me sens inférieur en tant qu'humain. Je me sens pas capable, et je sais qu'il ne se passera rien (...) il y aura pas de réponse, il y aura rien du tout » (ligne 238).

Patiente 20

Elle mentionne qu'elle a recours à la Vierge Marie lorsqu'elle est inquiète d'être séparée de son père par exemple lorsqu'elle craint qu'il lui arrive un accident: « euh j'ai j'ai des peurs que l'avion tombe ou voilà, qu'il y ait des problèmes (...) Et euh Alors je fais euh j'essaie de me ra ç ça me rassure en fait (...) de de de demander de l' à la Sainte Vierge Marie euh de l'aide euh alors je demande de l'aide euh à la Vierge Marie » (ligne 203).

Elle rajoute combien cette aide est insuffisante : « Après je sais pas si si euh si ça existe ou pas mais euh j'ai besoin de ça ça me rassure, mais ça me rassure pendant quelques secondes après euh » (ligne 227).

3. La figure spirituelle fonctionne-t-elle comme une base sécurisée ?

Le troisième critère concerne la question de la base sécurisée. On vérifie donc si la personne parvient à se servir de la figure spirituelle/religieuse comme d'une base sécurisée. Si c'est le cas, on trouvera des indices dans son discours indiquant que le recours à cette figure spirituelle/religieuse a une certaine efficacité dans le sens où cette figure baisse l'anxiété, elle augmente l'estime de soi, avoir cette figure dans sa vie lui permet d'avoir de meilleures relations aux autres par exemple en parvenant mieux à leur faire confiance.

Signes d'un modèle interne opérant sécurisé

Voici deux exemples où nous avons retenu que la figure spirituelle fonctionne comme une base sécurisée :

Patient 2

Il dit par exemple : « Le Seigneur, c'est lui qui me donne cette intelligence, cette sagesse. Et parfois, de voir des choses, je peux m'énerver, mais je ne m'énerve pas, je les prends d'une simplicité qui me permet par exemple de bien me contenir. Par exemple, on a parlé du travail. De l'ambiance au travail. Mais il y a des choses auxquelles certains collègues au travail vont dire mais ils font des choses pour vous énerver. Mais grâce à la prière, et à cette présence spirituelle, le Saint Esprit, vous vous calmez, vous vous dites « non, je ne vais pas entrer dans son jeu » » (ligne 182).

Il précise que depuis son enfance il croit que Dieu représente une forme de recours ultime pour faire face à toute situation : « Bon, il est tout-puissant. Ça, c'était toujours dans la tête (...) L'éternel, oui » (ligne 58).

Il dit que cette idée apporte « de la satisfaction c'est-à-dire qu'on s'adressait à quelqu'un qui est plus fort que tout, donc ça apporte la satisfaction » (ligne 108).

Il dit en être « Rassuré, soulagé » (ligne 112).

Il explique ce que cela veut dire pour lui : « Parce que je m'adresse à une personne supérieure à l'univers, donc il nous écoute, il nous voit, il sait notre intérieur, même quand on n'a pas encore pensé à quelque chose il le sait déjà » (ligne 117).

Il explique combien cela compte pour lui : « Parce que c'est lui qui nous aide à travailler, à bien se conduire dans la vie, sa parole nous aide beaucoup. Donc c'est vraiment très important » (ligne 177).

Il mentionne le bonheur et la meilleure estime de lui-même que ses croyances lui apportent : « C'est assez étrange, parce que vous sentez en vous une libération, un soulagement total, et vous vous sentez heureux avec l'impression d'avoir fait quelque chose de superbe. Mais c'est vraiment très intérieur, je ne sais pas si les autres ressentent la même chose. Mais c'est comme ça » (ligne 249).

Patient 10

Celui-ci mentionne le rôle protecteur que Dieu joue dans sa vie, il dit : « oui et pis pouvoir vivre comme ça. Mais en quelque sorte, moi je pense que c'est Dieu qui a fait ça. Parce que si j'étais déjà avec un travail et un appartement, un lieu clos chez moi, qui m'appartient, privé, j'aurais peut-être fait beaucoup de bêtises » (ligne 306).

Il ajoute : « oui, le truc le plus important que ça m'apportait, c'est une estime personnelle de moi en fait » (ligne 200).

Puis il précise : « je me rends compte qu'à une période où je pouvais pas m'aimer, ça me ramenait en fait à me dire « mais non en fait, je suis quelqu'un d'exceptionnel » » (ligne 203).

Patient 11

Ce dernier dit : « ça vous apporte une sécurité. Y a l'expression « ange gardien » (...) Qui est rassurant (...) Il y a la formule « car je veille sur toi ». Il y a l'expression « dirige mes pas » (...) Gardés par une entité invisible mais dont vous avez au fond de vous dans votre esprit, la certitude qu'il (...) existe » (ligne 478)!

Signes d'un modèle interne opérant insécure à tendance préoccupé

Nous avons côté la relation à la figure comme insécure à tendance préoccupée lorsque nous avons identifié des signes qui montrent que le recours à cette figure est reconnu comme une source de soutien mais n'est pas vécu comme étant suffisamment efficace.

Patiente 4

Lorsqu'on lui demande si cela l'aide face à ses angoisses, elle répond : « Pas toujours. Mais des fois, ça peut aider » (ligne 171).

Elle précise : « Eh bien je fais mes respirations, comme M. X m'avait expliqué, et je pense à Dieu » (ligne 173).

Patiente 20

Elle dit : « ça me rassure, mais pendant quelques secondes et puis après je je retourne dans mon dans mon dans ma peur » (ligne 210).

Elle dit de la Sainte Vierge : « J'essaie de communiquer avec elle mais ça donne rien » (ligne 768).

Puis elle rajoute : « Je sens une mini-protection, ou même pas » (ligne 817).

Signes d'un modèle interne opérant insécure à tendance détachée

Nous avons estimé que la relation à la figure était insécure à tendance détachée lorsque la personne mentionne que le recours à une figure spirituelle lui est utile, mais qu'elle ne parvient pas à apporter un exemple précis qui montre que la relation avec la figure spirituelle/religieuse a pour elle les répercussions d'une base sécure dans la vie. L'hypothèse étant que cette personne tend à éviter cognitivement la frustration en idéalisant la figure.

Patiente 15

Celle-ci dit : « Je sais pas. La relation, c'est c'est simplement le une relation normale. Amicale, quelques fois, euh voilà (...) Des fois, je on dirait que je lui parle, quand je suis toute seule. Je je lui on dirait dans ma pensée dans ma dans mes pensées, mon Dieu, si j'ai peur. Mon Dieu, euh je dis : « Ah mon Jésus, j'espère que ça me passe cette peur » (...) « Pourquoi j'ai peur maintenant ? » des choses comme ça » (ligne 567).

Elle ajoute : « Oui, ils me donnent chaud, euh » en parlant de Dieu, Jésus et la Vierge Marie (ligne 422).

Mais elle précise alors : « ça me soulage, parce que je dis : « Bon, c'est pas le moment » Il dit voilà (...) Mais ça me soulage » (ligne 493).

Elle insiste sur le fait que cela la soulage sans arriver à donner d'exemples précis mais rajoute plus loin combien ses angoisses sont handicapantes pour elle. Elle apporte beaucoup plus d'exemples concrets de difficultés face auxquelles sa foi ne l'aide pas. Par exemple, elle dit : « Oui. Vous savez, je peux pas nager comme j'ai nagé, parce que j'ai j'ai peur (...) Je peux pas courir comme j'ai couru (...) Je je faisais des euh je je courais une heure de temps dans deux mois de euh deux fois par mois. Nager, je nageais beaucoup. Une heure sans sans arrêter. Je pouvais nager une heure (...) Sans arrêter vraiment à nager. Maintenant je fais plus, ces ces choses-là. Euh tant de choses. Je je peux pas aller où il y a beaucoup de où il y a beaucoup de monde » (ligne 316).

Patient 17

Il mentionne combien Dieu l'aide et représente un soutien pour lui et il dit : « Euh ça m'apporte euh une assurance » (ligne 124).

Il met cela en lien avec l'idée que « Ben à ce qu'il va pas me laisser tomber, quoi (...) Qu'il va vraiment m'aider » (ligne 130). Alors que plus loin, il se contredit en avouant qu'au fond il a peur d'être abandonné, ce qui montre que cette figure ne lui sert pas de base sécure : « Parce que j'ai peur de Dieu, mais je peux pas gérer la maladie que j'ai (...) j'ai peur, oui (...) Ce qui m'inquiète, d'être d'être séparé de lui, oui » (lignes 452 et 474).

Nous avons également estimé que la relation à la figure était insécure à tendance détachée lorsque la personne présentait comme une généralité le fait que le recours ou la croyance en une figure spirituelle/religieuse n'a aucune utilité. Cela pouvant être traduit comme une forme d'évitement de la déception ou de la remise en question de l'image de soi quant à l'idée de mériter d'être aimé ou soutenu. Par exemple :

Patient 29

Il dit : « ouais, enfin, à la fin, on finit par plus y croire » (ligne 259).

Ensuite, il dit : « euh, c'est quelqu'un pour qui on a du respect, et pis, il vous aide peut-être, ou il vous aide pas » (ligne 396).

4. La présence d'anxiété en cas de séparation réelle ou imaginée involontaire d'avec la figure spirituelle

Le dernier et quatrième critère est l'anxiété éprouvée lors d'une séparation réelle ou imaginée d'avec la figure d'attachement. Ici il s'agit de toute mention qui relève de la crainte d'être séparé, abandonné, moins aimé. Selon Kirkpatrick, c'est très difficile pour une personne d'imaginer une séparation d'avec une figure spirituelle. Alors il s'agissait durant l'interview et ensuite le codage d'essayer de trouver ce qui relève de la séparation dans l'univers de sens individuel de chaque participant avec ses catégories spirituelles/religieuses. Nous verrons comment pour un patient par exemple la peur d'être puni par Dieu et de finir en enfer révèle au fond la peur d'être séparé de lui au moment de la mort. De nouveau nous avons retenu quatre réactions possibles à l'idée que cette figure puisse ne pas exister ou que la personne puisse être séparée d'elle.

Signes d'un modèle interne opérant sécure

Nous avons retenu comme étant la manifestation d'un lien sécure le fait que la personne répondait ouvertement qu'il serait terrible que cette figure l'abandonne ou n'existe pas, ce qui montre qu'elle a accès à ses émotions. Nous avons également retenu comme étant la marque d'un lien sécure le fait que la personne mentionne pourquoi elle fait confiance à la figure pour ne pas être abandonnée et ainsi pourquoi le lien à cette figure lui offre en quelque sorte l'antidote à cette crainte, ce qui montre que la crainte est thématifiée.

Patient 5

Par exemple, il dit : « Je pourrais plus vivre sans lui. Je me demande comment les gens ils peuvent » (ligne 1582).

Patient 11

Celui-ci parle de sa souffrance en lien avec sa maladie et mentionne : « Je me suis souvent posé la question « pourquoi? Pourquoi? Pourquoi moi? (...) Puisque je suis avec toi pourquoi moi? » Mais lorsqu'on lit Job dans la Bible (...) On se pose plus ce genre de questions (...) On continue de faire confiance » (ligne 264).

Participante contrôle 19

Par exemple, elle dit: « mhm ça, ça doit être la plus grande crainte (...) y aurait plus aucun t'imagines, tout ton monde il s'écroute (...) ben ou, parce que ton monde, c'est Dieu. Si tu le ressens plus, si tu n'es plus convaincu de son existence, ton monde n'existe plus. Il a plus aucune raison d'être » (ligne 701).

Elle rajoute : « Le but c'est pas, pas ça, le but c'est retourner à la source, vraiment la source, c'est le créateur, c'est Allah » (ligne 709).

Participante contrôle 10

Celle-ci décrit ce qu'elle ressent lorsqu'elle prie mais ne sent pas la présence de Dieu : « Euh, je suis triste je peux euh, avoir tendance à paniquer, à ne pas savoir, me demander ce qu'il se passe, je peux me demander même pourquoi il est pas là, qu'est-ce que j'ai fait (rire) et ben oui à me poser plein de questions, mais ben gérant aussi par, par la raison je sais que Dieu aussi n'est pas seulement là parce que je le ressens mais parce qu'il le dit qu'il est là tous les jours. Donc euh, mon ressenti il peut aussi terriblement me tromper alors je dois pas simplement m'appuyer là-dessus, mais à ce qu'il dit » (ligne 411).

Elle ajoute ensuite : « C'est là que je me remémore des versets de la Bible où Jésus dit « voici je serai avec toi tous les jours jusqu'à la fin du monde. » Et je me dis ben c'est ça, il a dit, il a pas menti. C'est ça, c'est pas, c'est plutôt mon sentiment qui peut être inadéquat » (ligne 419).

Signes d'un modèle interne opérant à tendance insécure-détachée

Nous avons retenu comme un signe d'anxiété le fait que la personne dise que l'idée d'une séparation ne l'inquiète aucunement, mais se braque en insistant sur le fait que c'est impossible, inimaginable. Nous avons également retenu comme un signe d'anxiété la situation dans laquelle la personne mentionne que l'idée d'une séparation ne lui fait rien du tout mais mentionne alors directement à qui elle a recours en cas de difficulté, ce qui traduit également qu'elle doit tout de suite combler ce vide par la recherche de proximité à d'autres figures d'attachement. Etre inquiet face à l'idée d'une séparation d'avec une figure d'attachement est normal aussi pour le sécure, néanmoins on peut imaginer que cette manière de se braquer, de témoigner d'une inflexibilité cognitive et de nier l'idée d'une séparation cherchant immédiatement une figure de substitution relève d'une dynamique d'évitement. En termes de modèles internes opérants, on se rapproche ainsi des tendances insécures-détachées dans le mode de régulation émotionnelle.

Patiente 20

Par exemple lorsqu'on lui demande : « Et à l'idée que la Vierge Marie soit absente ou n'existe pas ou vous quitte, qu'est-ce que ça vous fait cette idée-là »? Elle répond : « Ben euh... ça me dérange pas (...) ou aussi je me dis qu'il y a mes grands-parents qui protègent la famille » (ligne 829). Elle indique donc que cela ne l'inquiète aucunement mais mentionne directement quelles sont alors les figures protectrices ce qui peut être lu comme une tentative de gestion de l'anxiété en recadrant le passage dans le contexte de l'entretien complet.

Patient 2

Il dit : « Qu'il ne soit pas là ? Non. Lui, il est toujours là. Donc, j'ai cette conviction qu'il est toujours là, présent, partout, à chaque seconde de notre vie. Il est là pour nous, voilà. Donc il ne pourra jamais être absent » (ligne 243).

Patiente 27

Elle dit également face à l'idée d'une séparation : « Ah non, c'est im-impossible » (ligne 877).

Ces deux dernières réactions peuvent être comprises comme une rigidité cognitive due à une tentative d'évitement quant à l'idée d'une séparation de la figure spirituelle.

Nous avons retenu comme une marque de lien insécure le fait que, face à l'idée d'une séparation d'avec la figure spirituelle la personne survalorise l'autonomie et banalise ou invalide l'utilité d'un recours à cette figure dans des moments difficiles. Chez certains cela ressemble à une réaction de colère suite à une déception non digérée, ce qui rappelle plutôt les tendances du modèle insécure-préoccupé, mais chez d'autres, le fait de banaliser l'utilité du recours au lien à une figure d'attachement rappelle davantage les tendances évitantes du modèle insécure-détaché. Cette catégorie permet donc de classer le lien à la figure comme étant un lien insécure, mais ne permet pas à elle seule de déterminer la sous-catégorie.

Patiente 15

Celle-ci a par exemple mentionné à plusieurs reprises que Jésus la soulageait et qu'elle lui demandait souvent de l'aide, sans jamais parvenir à exemplifier une situation où elle a demandé de l'aide et où elle s'est sentie soulagée. Par contre elle rapporte de nombreux exemples de situations où au contraire elle se sent très handicapée par sa maladie. Elle ne mentionne jamais cependant qu'elle ne reçoit pas d'aide. A l'idée d'une séparation d'avec la figure spirituelle elle explique en long et en large que lorsque quelqu'un nous en demande trop on finit par en avoir marre. Elle en fait une généralisation et explique ensuite que pour Jésus c'est pareil : « Et puis quand on demande trop d'aide, c'est sûr que qu'il peut aussi avoir marre, n'est-ce pas » ? (ligne 633).

Nous observons qu'elle finit par une question comme si elle souhaitait avoir notre confirmation concernant la généralité de son interprétation.

Patient 19

Il dit : « Parce que tout euh tout amour, à mon avis, c'est une un un mensonge » (ligne 1104). Plus loin, il ajoute : « Non, j'étais jamais bien avec euh l'amour envers les gens » (ligne 1112). On lui demande alors si « dans la spiritualité, c'est pas des mensonges » ? Le patient répond : « Peut-être aussi » (ligne 1120).

Plus tard, il donne de la spiritualité une image qui apporterait un espoir qui s'avère vide et faux : « C'est comme euh c'est c'est une sorte de prière ou bien une sorte de poème qui fait de l'espoir une grande lumière, qui finalement compte les larmes de celui qui est seul et abandonné (...) Et je me sens un peu comme ça, même si j'ai toujours encore mes mes proches. Mais les proches, ils sont assez euh (...) loin » (ligne 1153).

Il ajoute : « Et si je crois plus, alors je peux me tuer, hein ? (...) ça veut dire il faut croire quelque chose même si c'est pas » (ligne 1131).

Le patient semble ainsi affirmer que de toute façon cela ne sert à rien mais qu'il faut bien croire en quelque chose, cela semble être une manière de se protéger émotionnellement.

Patient 22

Après s'être exprimé sur sa foi en Dieu, lorsqu'on l'interroge sur son sentiment à l'idée que sa figure d'attachement ne fasse plus partie de sa vie ou qu'il n'existe pas, il répond : « Mais est-ce qu'il existe, hein ? Ouais, pfff » (ligne 440). Cette réaction suit la logique du reste de l'entretien où le patient se montre très évitant au niveau des émotions.

Signes d'un modèle interne opérant à tendance insécure-préoccupée

Lorsque la personne évoque que la perte de cette figure spirituelle/religieuse, la punition ou encore l'abandon est une peur récurrente, nous avons considéré qu'il s'agissait des indicateurs de tendances insécures préoccupées. Ici on observe souvent combien la personne essaye de faire des choses pour ne pas être abandonnée mais n'a manifestement pas l'impression de pouvoir faire quelque chose pour s'assurer du maintien du lien.

Patient 13

Il dit par exemple qu'il a : « la peur que Dieu m'abandonne » (ligne 552).

Il précise : « ben c'est-à-dire que moi j'ai, je vais pas me culpabiliser outre mesure, mais c'est-à-dire qu'à l'époque, j'ai fait beaucoup de mal à mes parents, j'étais agressif avec mes parents (...) et dans la Bible c'est marqué « tu honoreras ton père et ta mère ». Et pis j'espère que Dieu me pardonne quoi, du mal que j'ai fait à mes parents » » (ligne 269).

Lorsque qu'on lui demande alors ce que cela voudrait dire pour lui si Dieu devait disparaître de sa vie, il répond : « ben ce serait triste » (ligne 281).

Patient 17

Celui-ci explique que sa peur d'être puni est quotidienne est très difficile à vivre, il finit alors par expliquer : « ça m'inquiète, parce que dans ma religion, il faut prier, il faut il faut travailler pour obtenir le paradis » (ligne 162). Il ajoute : « Ce qui m'inquiète, d'être d'être séparé de lui, oui » (ligne 474).

Influence du lien à une figure spirituelle privilégiée sur l' « image de soi et des autres »

Pour parvenir à identifier les traits sécures ou insécures de la relation à une figure spirituelle/religieuse nous avons également retenu systématiquement la manière dont cette relation renvoie à la personne une image positive d'elle-même comme méritant d'être aimée, soutenue ou, à l'inverse en engendrant une remise en question de soi, en diminuant la confiance en soi, en introduisant des doutes sur sa valeur et ses compétences.

Le lien à la figure spirituelle apporte une meilleure image de soi

Voici donc tout d'abord des exemples de patients et de personnes contrôles dont la relation à la figure spirituelle apporte une bonne image d'eux-mêmes :

Participant contrôle 17

Il dit par exemple : « euh mais j'pense sans, sans que ça remette en, en cause les convictions fondamentales (...) liées au fait que j'crois qu'il existe et qui, qu'il s'intéresse à moi » (ligne 450).

Il rajoute : « bah c'est une personne donc, même si c'est pas une personne humaine comme on la conçoit nous, c'est une personne avec qui on peut être en relation (...) euh c'est quelqu'un qui euh quelqu'un qui sait t, ouais quelqu'un qui sait tout de moi et avec qui j'peux pas cacher, j'peux pas cacher ou mettre sous le tapis. Euh c'est quelqu'un qui [rises] euh quelqu'un qui m'aime d'un amour inconditionnel, indépendamment de ce que j'fais (...) pis c'est quelqu'un qui est intéressé à, à ce que j'vis et puis j'sais plus si j'l'ai dit, intéressé à être en relation avec moi quoi » (ligne 536).

Patient 5

Il dit : « et là Dieu il m'a appris un truc fondamentalement, c'est que j'ai le droit de péter les plombs devant lui, d'être pas d'accord avec mon Dieu, je dirais mon père, et faire la gueule, il va pas me retirer son amour » (ligne 1167).

Il ajoute : « et pour te dire une phrase, pour conclure, un jour Dieu il m'envoie acheter un livre, je voulais m'intéresser à parce que j'ai énormément de problèmes d'estime de moi, alors il faut que je fasse un tas de truc pour être aimé, nanana, toutes ces conneries, enfin bref (...) voilà. Il faut que je fasse un tas de truc pour être aimé. Pis Dieu, il savait ça, mais moi, j'étais le principal ignorant de ces choses, mes émotions, j'avais de la peine à les identifier. Mon état intérieur, j'avais de la peine c'est pour ça que la psychiatrie, la psychologie m'a fait du bien. De parler à des pros, de lire des bouquins, ça m'a permis de comprendre ce qui m'arrivait, de me situer, de voir, « ah j'en suis là ». Tu vois » » ? (ligne 1275).

Patient 10

Celui-ci mentionne : « je me rends compte que arrivé une période où je pouvais pas m'aimer, ça me ramenait en fait à me dire « mais non en fait, je suis quelqu'un d'exceptionnel » » (ligne 203).

Le lien à la figure spirituelle fragilise l'image de soi

Voici des extraits d'entretiens qui montrent que la relation à la figure spirituelle pousse la personne à douter d'elle-même et semble diminuer l'estime qu'elle peut avoir d'elle-même.

Patiente 15

Elle mentionne : « Et puis quand on demande trop d'aide, c'est sûr que qu'il peut aussi avoir marre, n'est-ce pas ? » (ligne 633).

Elle ajoute : « Euh je j'ai senti moi-même que, peut-être, c'était je je faisais trop de demandes », ce qui montre qu'elle s'interroge sur ce qu'elle a fait pour que Jésus ne lui réponde plus, cela péjore donc sa vision d'elle-même plutôt que de lui donner l'impression de mériter un soutien inconditionnel » (ligne 636).

Patiente 20

Celle-ci s'interroge sur la raison pour laquelle elle ne reçoit pas de réponse et se remet en question elle-même ainsi que sa manière de faire : « Je crois que ça vient que d'un côté ou. Peut-être que je suis pas assez euh croyante ou pas assez euh volontaire, ou pas assez euh douce ou, comment dire, euh trop brute, peut-être, pour euh faudrait que que je sois plus sereine quand quand » (ligne 778).

Participante contrôle 5

Cette dernière dit : « quand j'ai besoin de Dieu je dirais, je me sens comme une petite fille qui a besoin qu'on prenne soin d'elle et une petite fille qu'on laisse toute seule dans sa chambre pleurer (...) Parce que genre c'est, genre, genre pourquoi on ne prend pas soin de moi, donc effectivement ça me, ça me rend triste, je me sens abandonnée » (ligne 647). Puis elle ajoute : Ben, ça veut dire que rien, enfin personne, ni rien, même rien, enfin je veux dire, ça veut dire que personne sur cette putain de planète n'a rien à foutre de moi » (ligne 656).

Comme décrit dans les modèles internes opérants mobilisés par l'attachement, la représentation de soi, celle des autres et celle de soi en relation avec les autres sont liées. Voici encore un exemple positif :

Participant contrôle 20

Il montre qu'au travers de son rapport à Dieu il a pu progressivement avoir une image de lui-même positive – il s'est alors perçu comme méritant d'être aimé – et une image des autres positive aussi. Il dit à ce sujet : « dans mon cœur, quelque chose de très fort, une émotion comment dirais-je une émotion qui est basée plus sur la paix euh excluant toute forme de conflit euh du genre que j'avais ouais la société est méchante, c'est des salauds, c'était pas ça, c'était vraiment enfin c'est toujours pas ça, c'est le le pour moi ma ma foi c'est ma relation à Dieu avec moi mais aussi avec les autres, ce qu'il manque c'est trois éléments pour moi c'est pas crédible donc tout ce que j'apprenais pour moi était aussi par rapport aux autres, mais comment vivre et construire avec l'autre, l'aimer, admettre qu'il est différent » (ligne 307).

Il ajoute : « oui c'est un compagnon de route euh je marche pas pour Dieu, je suis avec lui ou il est avec moi, c'est ça cette notion de vis-à-vis euh il m'apprend à être moi-même, il m'apprend pas à, m'expatrier de la société ou de moi-même, depuis que je suis chrétien j'ai appris à m'intégrer dans la société, avant d'être chrétien je faisais tout pour m'exclure, depuis que je suis chrétien j'ai appris à comprendre les gens, avant je supportais pas les autres, c'est pour ça que j'étais seul, j'ai appris à comprendre » (ligne 459).

Il continue : « le rapport que j'ai avec Dieu est un rapport d'amitié euh un rapport de vis-à-vis ce n'est pas comme je disais quand j'étais enfant, il me faisait peur et distant, voilà c'est quelqu'un de proche, aimant qui se met pas en colère, je me sens pas menacé, euh j'ai le droit de faire une erreur, je suis pas condamné, et je je ouais je développe ma créativité » (ligne 435).

Puis il ajoute encore : « oui bien sûr, donc c'est un créatif par excellence, c'est d'abord un créatif, euh donc ce qu'il est, pour moi on connaît quelqu'un que quand il dévoile ce qu'il est, donc euh lorsque je consomme un produit je sais le décrire et me l'approprier, donc avec Dieu je le consomme Dieu si on peut dire ça, il est intégré à moi, donc il est créatif euh patient, aimant euh mais aimant euh dans le vrai sens du terme, sans intérêt, c'est euh même si t'es con je t'aime quand même, c'est ça que ça veut dire, même si tu fais une bêtise je t'aime, c'est cette relation d'acceptation totale, c'est ce que je dis à ma fille quand y a un petit souci, je dis t'as fait une grosse connerie mais sache que je continue de t'aimer, ça n'a rien à voir, ce que tu fais et le fait que je t'aime, ça c'est Dieu qui m'a appris, donc il est aimant, il est éducateur dans le sens pédagogue, euh il apprend plus que le faire, il apprend le savoir-faire » (ligne 444).

Le lien à la figure spirituelle peut fragiliser voire perpétuer une image négative d'elle-même et des autres

Mais la relation à une figure spirituelle/religieuse peut aussi perpétuer ou induire une image négative des autres et de la figure elle-même, comme n'étant ni fiables, ni dignes de confiance, ni bienveillants.

Patient 19

Il dit par exemple : « Parce que toute euh tout amour, à mon avis, c'est une un un mensonge » (ligne 1104).

Il précise : « Non, j'étais jamais bien avec euh l'amour envers les gens » (ligne 1112).

Puis on lui demande : « Alors dans la spiritualité, c'est pas des mensonges » ? et il répond : « Peut-être aussi » (ligne 1120).

Patiente 15

En généralisant le fait que les personnes et Jésus finissent par en avoir marre lorsqu'on leur demande de l'aide, cette patiente inscrit sa relation avec la figure spirituelle dans une continuité de vision de l'autre comme n'étant pas soutenant et fiable.

Afin d'avoir le maximum d'informations possibles pour identifier les dynamiques relationnelles projetées sur la figure religieuse/spirituelle, nous avons pris en compte encore d'autres dimensions, voici donc un extrait de la grille que nous commenterons ensuite.

	(x, o)	LIGNES /EXTRAITS
		patient,contrôle
RELATION AVEC LA FIGURE SPIRITUELLE		
COMPARAISON A UNE FIGURE PARENTALE/FAMILIALE/AMICALE OU à UN PARTENAIRE AMOUREUX		
évocation de similitudes		
sécurisantes		
insécurisantes		
évocation de différences		
sécurisantes		
insécurisantes		
COMBLEMENT D'UN VIDE RELATIONNEL (en assimilant la figure spirituelle à une figure parentale, familiale ou un partenaire amoureux)		
signes de transformation d'un schéma de croyance (modèle interne opérant). La personne décrit qu'il s'est produit quelque chose qui allait à l'encontre de ses attentes, a fait une expérience émotionnellement significative lui ayant permis de modifier sa représentation de soi, de soi en relation ou de l'autre, ou encore mentionne les différences de la figure spirituelle et des être humains qui lui permettent de lui faire confiance		
FREQUENCE DE RECHERCHE D'AIDE		
jamais		
rarement		
de temps en temps		
souvent		
toujours		
EXCLUSIVITE DE LA RECHERCHE D'AIDE/de la pratique spirituelle/religieuse pour trouver de l'aide		
pour faire face à situation difficile, exclusivement cette figure		
recherche d'aide pas exclusivement au près de cette figure		
importance des croyances, pratiques, affiliation entre 0-10		

Figure 11 : Extrait de la grille investiguant différents modèles internes opérants mobilisés dans la relation à une figure spirituelle

En effet, pour déterminer le type de relation que la personne entretient avec sa figure religieuse/spirituelle, nous avons décidé de relever systématiquement les occurrences où elle met en avant les différences et similitudes de cette figure avec les autres humains et plus spécifiquement avec les parents.

Nous avons donc classifié les comparaisons de la manière suivante dans la grille d'analyse :

a) les similitudes sécurisantes

Patiente 33

Elle dit : « Voilà. Les seules personnes en qui j'ai vraiment confiance, en qui je dis tout, en qui je me confie et tout, c'est le bon Dieu et ma mère. Parce que ma mère, je sais que c'est une tombe, elle dit rien (...) je peux lui confier tout ce que je veux, elle dit rien (...) Je me confie, on est très complices, on se confie beaucoup de choses l'une et l'autre mais on le garde, on va pas le divulguer (...) on sait garder des secrets (...) et Dieu, c'est pareil » (ligne 484).

b) les similitudes insécurisantes

Patient 19

Il mentionne que la religion n'existe probablement pas, mais qu'on a besoin d'espoir, en parlant d'un poème qui pour lui décrit le religieux, il parle d'un être seul au monde, il mentionne : « Et qui est abandonné et pis les autres ils sont déjà morts. Et il est seul et tout (...) et je me sens un peu comme ça » (ligne 1161), puis il met ce sentiment d'abandon en lien avec des expériences qu'il a faites avec sa mère durant son enfance : « Ouais. Je je crois, c'est un complexe de l'enfance (...) ma mère, elle m'a euh il y avait il y avait beaucoup d'expérience de l'abandon » (ligne 1188).

c) les différences sécurisantes

Le patient 5

Celui-ci dit : « Dieu n'est pas humain, il n'est pas comme les hommes. Il pense, il agit, il ressent différemment, parce qu'il sait ce qu'il doit faire pour guérir une âme. Il a un projet, il a un plan de guérison et de vie pour chaque être humain, mais il est personnel » (ligne 1148).

Il dit aussi : « et quand je dis Dieu ne rejette pas, dans le sens qu'on peut tout dire à Dieu, on peut dire qu'on l'aime, qu'on le déteste, Dieu il est solide, il est pas » (ligne 949).

d) les différences insécurisantes

Patiente 20

Cette dernière souffre d'anxiété de séparation. Elle a de terribles angoisses la nuit, seule dans sa chambre et souhaiterait aller se blottir contre sa mère. Lorsque cela n'est pas possible elle demande de l'aide à la Vierge, mais cela ne suffit pas car ce serait une présence physique qui la rassurerait davantage. Elle dit donc : « C'est plutôt euh je laisse la lumière allumée euh (...) Ou j'essaie de trouver une présence euh physique (...) à côté de moi. J'essaie de trouver quelque une présence euh oui, physique, euh près de moi... pour pouvoir me rassurer » (ligne 420).

Avoir recours à une figure spirituelle comme substitut d'une figure d'attachement absente

Afin d'identifier toutes les tentatives de se servir des figures spirituelles comme de potentiels substituts de figures d'attachement nous avons également relevé systématiquement les occurrences où une personne mentionnait avoir recours à une figure spirituelle pour combler une vide.

Patiente 27

Elle qui a subi des abus sexuels durant son enfance et qui n'a pas été protégée par sa mère s'est construite une famille et un amant de substitution. Elle raconte : « Pis après je suis sortie, j'ai dit à Jésus : « Je t'aime comme une femme. J'osais pas te le dire, parce que je me sentais, moralement, j'étais ta soeur puisque j'étais le petit ange à Dieu Notre Père, son père ». Et pis euh, je me suis dit, « oui bon bah, ma vieille, là t'es en train de mourir, dis-lui que tu l'aimes ». Je lui ai dit : « Je t'aime, Jésus, comme une femme aime un homme. Je t'aimerais à t'embrasser, j'aimerais te-te, faire l'amour avec toi » » (ligne 767).

Elle continue : « Et pis, voilà. Depuis là, tous les soirs, sur mon coussin, je l'embrasse, je lui dis « je t'aime ». Ou sur mon coussin je lui dis des choses cochonnes, je lui dis : « T'as un grand zizi ». Je dis des choses cochonnes » (ligne 775).

Extrait de l'entretien :

« I : Et pis, Dieu, c'est qui par rapport à vous?

P : C'est mon père.

I : Et la Sainte Vierge?

P : Ma tante ». (ligne 902)

Nous constatons donc combien, elle s'est reconstruit une famille et un partenaire à l'aide de figures spirituelles substitutives.

Expérience de transformation des modèles internes opérants en lien avec la figure spirituelle

Pour terminer, nous avons tenté de relever systématiquement les occurrences où la personne mentionne avoir fait une expérience qui semble avoir transformé ses modèles internes opérants. Nous avons donc particulièrement relevé les situations où la personne décrit avoir fait une expérience qui allait à l'encontre de ses attentes et qui a alors transformé sa manière de voir sa relation à l'autre, son image d'elle-même, des autres ou de soi en relation avec les autres.

Participant contrôle 19

Voici l'exemple d'une personne qui à un moment donné dans sa vie ne s'est pas comportée comme elle pensait que Dieu l'attendait d'elle. Cet individu raconte alors qu'il craignait perdre l'amour de Dieu mais qu'il a fait une expérience inattendue. Il parle de cette expérience lorsqu'il est interrogé sur les changements qu'il a vécus dans sa religiosité/spiritualité. Il dit : « voilà, on, on est sensés être chastes jusqu'au mariage et j'ai, j'ai réussi à, à, à tenir cette, cette chasteté longtemps mais à un moment donné, j'ai, j'ai euh lâché par exemple. Ça c'est un changement (...) en partie, un grand changement parce que j'ai ma foi, j'ai pas relativisé sé ma foi, mais j'ai relativisé ma pratique. Et puis, j'ai, j'ai ressenti à ce moment-là que l'amour du, de Dieu, il allait pas être, il avait pas été enlevé qu'il était pas moins, que au contraire, peut-être, il était plus fort » (ligne 639).

Pour déterminer si une personne investit une figure spirituelle/religieuse sur le mode de l'attachement, nous avons eu recours aux quatre critères de Bowlby décrits plus haut. Nous avons ensuite pris en compte chacune des dimensions décrites ci-dessus pour parvenir à cerner un pattern d'attachement cohérent. C'est-à-dire pour parvenir à déterminer si la personne entretient un lien sécure ou insécure avec sa figure et s'il y a des tendances détachées ou préoccupées prédominantes dans cette relation.

6.3.1.7 Troisième partie de la grille : Coping spirituel/religieux

Pour terminer, nous avons examiné le rapport entre les pratiques et croyances spirituelles et religieuses et la capacité à faire face aux difficultés dans la vie de manière générale et dans la maladie plus spécifiquement. Comme mentionné préalablement, un groupe de recherche aux HUG a étudié le coping spirituel/religieux chez des personnes stabilisées, souffrant de schizophrénie. Ces études ont permis la mise en place d'une grille d'entretien et d'analyse. Dans cette grille, trois aspects sont pris en compte : les dimensions de la vie ou de la maladie sur lesquelles la spiritualité ou religiosité de la personne a une influence (nommées « catégories »), la manière dont le spirituel/religieux est exploité par la personne (nommée « les dimensions ») et si l'effet qu'il a sur la qualité de vie et les symptômes est positif, négatif, neutre ou nul (la « valeur » du coping).

	(x, o, ma, pa, ma&pa, A, rel soc, prat, croy)	LIGNES /EXTRAITS
	patient,control	
COPING REL ET MALADIE/SOUFFRANCE		
présent		
ASPECTS GENERAUX		
sens à la vie		
estime de soi/confiance en soi		
réconfort vs souffrance		
espoir vs désespoir		
sens à la maladie		
tentatives de suicide		
autre:		
FAIRE FACE AUX SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES		
humeur/dépression		
angoisses		
hallucinations		
délires		
RELATIONS AUX AUTRES		
intégration vs isolement social		
comportements pro-sociaux vs anti-sociaux		
capacité à faire confiance à autrui		
oser demander de l'aide		
ABUS/DEPENDANCES SUBSTANCES		
ligne de conduite		
stratégie pour faire face		
réorientation de sa vie		
autre:		
relation ttt médical/religion-spiritualité		
complémentarité avec ttt médical et l'aide sociale		
en contradiction avec le ttt médical et l'aide sociale		
rien à voir avec le ttt médical		

Figure 12 : Extrait de la grille d'évaluation du coping religieux/spirituel

a) Les catégories regroupent d'une part les aspects généraux de la vie c'est-à-dire la manière dont la spiritualité entre en jeu dans la vie du patient de façon générale. Elles contiennent 5 aspects sur : le sens à la vie, l'estime de soi, le réconfort vs la souffrance, l'espoir vs le désespoir, autre. D'autre part, elles regroupent les divers symptômes sur lesquels la spiritualité pourrait avoir un effet, les comportements d'abus de substances et la relation aux autres.

b) Les dimensions comme mentionné préalablement, décrivent sur quel plan la spiritualité/religiosité est exploitée par la personne pour faire face à ses difficultés. Quatre plans ont été identifiés.

- Le plan des rituels/pratiques : La personne mentionne des rituels, des pratiques (prières, chants, méditation, lectures, pratiques symboliques) qui l'aident (+) ou qu'elle doit éviter (-). Les activités de cette dimension doivent être explicitement mises en lien avec la spiritualité/religiosité. Ce plan est indiqué comme « prat » dans la première colonne.

- Le plan du/des discours/croyances : La personne fait état des fondements de ses croyances comme aide (+) (espoir, vie après la mort, pardon, acceptation de soi-même ou des autres etc.), ou comme handicap (-) (Dieu qui punit, culpabilité, etc.). Ce plan est indiqué comme « croy » dans la première colonne.

- Le plan social/communautaire : La personne mentionne comme aide (+) ou comme handicap (-) quelque chose qui a trait à une institution religieuse, à des personnes qui lui appartiennent ou une activité en relation avec une communauté. On note sur ce plan trois possibilités : 1) l'appartenance à une institution, 2) les relations personnelles à des personnes particulières appartenant à une institution religieuse, 3) une activité en groupe à connotation religieuse (par exemple : chorale, groupe de prières). Ce plan est indiqué comme « soc » dans la première colonne. Notons que certaines pratiques en communauté peuvent également être classées dans la dimension « Rituels/Pratiques ».

- Le plan relationnel : La personne exprime que le rapport qu'elle entretient avec Dieu, Jésus, une figure divine traditionnelle ou une instance supérieure, l'aide (+) ou la perturbe (-). On note +/- sa propre ambivalence. Les relations à d'autres personnes (ex : famille, amis, etc.) n'entrent pas dans cette dimension. Ce plan est indiqué comme « rel » dans la première colonne.

c) La valeur du coping : Un propos peut avoir la valeur « p » (positif), « n » (négatif), « m » (mixte) ou « 0 » (nulle) suivant que la personne est aidée, handicapée, ambivalente par rapport à sa spiritualité, ou si celle-ci ne joue aucun rôle. Pour coder « n » il faut que la personne explicite l'aspect négatif découlant de ses croyances. La réponse « 0 » indique que du point de vue de la personne l'aspect religieux ou spirituel n'intervient pas par rapport à la catégorie ou la dimension considérées. Ces valeurs sont attribuées indépendamment du caractère qu'un clinicien pourra qualifier de « délirant », si la personne mentionne par exemple comme positif le fait d'être accompagnée par une figure spirituelle/religieuse. Ces indications sont attribuées dans la deuxième colonne.

A la fin de la grille, trois questions quantitatives permettent d'examiner le degré auquel la personne estime que sa religiosité/croyance l'aide pour faire face à la maladie,

l'aide à donner du sens à sa maladie et pour finir dans quelle mesure cela lui apporte du réconfort (pas du tout, un peu, beaucoup, totalement).

	(x, o, ma, pa, ma&pa, A, rel soc, prat, croy)	valeures (p, n, m, 0)	LIGNES /EXTRAITS
	patient,control		
ECHELLES COPING			
La relation à la figure spirituelle (ou les croyances et pratiques spi/rel...) aide/nt pour faire face aux difficultés			
pas du tout			
un peu			
beaucoup			
totalement			
La relation à la figure spirituelle (ou les croyances et pratiques spi/rel...) aide/nt a donner du sens à la vie/à la maladie			
pas du tout			
un peu			
beaucoup			
totalement			
La relation à la figure spirituelle (ou les croyances et pratiques...) donne/nt du réconfort			
pas du tout			
un peu			
beaucoup			
totalement			

Figure 13 : Extrait de la grille d'analyse portant sur les échelles de coping religieux/spirituel

6.4 Conclusion de la partie méthodologique

Il était prévu que nous rencontrions chacun des participants trois fois. Cela a été respecté dans la récolte des données auprès des sujets contrôles. Cependant, cinq à huit entretiens ont été nécessaires afin de pouvoir réaliser toutes les évaluations prévues par la procédure avec les patients. La dernière étape – à savoir l'administration du questionnaire d'évaluation diagnostique – a duré en moyenne quatre heures, dans la mesure où il s'agit d'un questionnaire très détaillé qui requiert de longues périodes de concentration pour les patients. Ainsi, il était nécessaire de faire un grand travail motivationnel avec les patients afin d'éviter la perte de sujets en cours d'évaluation. La récolte des données du SCID s'est ainsi faite en deux à quatre séances.

7 RESULTATS

Avant de nous lancer dans l'exposition des résultats, nous tenons à préciser que dans notre étude, nous sommes passés par des analyses qualitatives pour parvenir ensuite à des analyses quantitatives. Certains de nos outils d'investigations sont scientifiquement validés, tels que le Adult Attachment Interview, le SCID et le BPRS, présentés dans la partie 6 intitulée : « Méthode ». Le premier de ces outils d'investigation implique des analyses à la fois de contenu et de cohérence narrative. La grille d'analyse que nous avons utilisée pour déterminer le type d'attachement à partir duquel une figure spirituelle est investie par les personnes croyantes a été minutieusement construite au fur et à mesure à partir de l'analyse qualitative de chaque entretien, prenant également en compte le contenu et les manifestations émotionnelles en lien avec la cohérence narrative des entretiens. Ces analyses qualitatives complexes ont mené à l'établissement de catégories selon les modèles internes opérants dominants, à savoir : le diagnostic, la présence et l'intensité des symptômes ainsi que les ressources exploitées par les participants pour tenter de faire face à leurs difficultés. Certaines de nos hypothèses, ont été testées statistiquement, d'autres ont impliqué une vérification dans le contenu qualitatif des entretiens. Cela explique pourquoi nous apporterons des illustrations à partir d'extraits d'entretiens pour certaines thématiques alors que pour d'autres nous nous contenterons d'exposer les résultats statistiques.

7.1 Validation de la représentativité des échantillons

Voici pour commencer les tableaux contenant les données socio-démographiques des patients et des participants contrôles :

Tableau 3 : Données socio-démographiques des patients

Genre	N	%
Homme	20	71
Femme	8	29
Nationalité		
Algérienne	2	7
Allemande	1	4
Brésilienne	1	4
Chilienne	1	4
Française	1	4
Guadeloupéenne	1	4
Italienne	2	7
Marocaine	1	4
Suisse et portugaise	3	11
Suisse	10	36
Turque	1	4
Yougoslave	2	7
Congolaise	2	7
Etat civil		
Célibataire	22	79
Marié	2	7
Divorcé	4	14
Famille		
Avec enfants	4	14
Sans enfants	24	86
Domicile		
Foyer	12	43
Seul en appartement	8	29
Appartement en couple / famille	2	7
Chez les parents	5	18
Appartement d'urgence (hôtel)	1	4
Diagnostique		
Schizophrénie paranoïde	22	79
Trouble schizo-affectif	6	21
Age du début de la maladie		
Avant 20 ans	4	14
Avant 25 ans	15	54
Avant 30 ans	1	4
Avant 40 ans	7	25
Avant 60 ans	1	4
Affiliation religieuse		
Chrétienne	3	11
Catholique	11	39
Protestante	2	7
Orthodoxe	1	4
Évangélique	2	7
Musulmane	4	14
Juive	2	7
Bouddhiste	1	4
Sans affiliation	2	7

Tableau 4 : Données socio-démographiques des participants contrôles

Genre	N	%
Homme	11	61
Femme	7	39
Nationalité		
Egyptienne	2	11
Française	2	11
Suisse et portugaise	1	6
Suisse	12	67
Congolaise	1	6
Etat civil		
Célibataire	6	33
Marié	11	61
divorcé	1	6
Famille		
Avec enfants	8	44
Sans enfants	10	56
Domicile		
Seul en appartement	4	22
Appartement en couple / famille	14	78
Affiliation religieuse		
Chrétienne	2	11
Catholique	2	11
Protestante	3	17
Orthodoxe	1	6
Evangelique	5	28
Musulmane	1	6
Sans affiliation	4	22

Avant de nous lancer dans les analyses, il est important de vérifier si notre échantillon contrôle est bien représentatif de la partie de l'échantillon des patients pour lequel il a été recruté. Il y a tout un ensemble de variables telles que le lieu de logement, l'état civil ou encore le fait d'avoir des enfants ou non que nous n'avons pas cherché à contrôler dans la mise en place de l'échantillon contrôle étant donné qu'il s'agit là de variables en lien avec la pathologie même dont souffrent les patients. L'échantillon contrôle s'est construit au fur et à mesure en appariant chaque participant en termes d'âge, de sexe et de niveau de formation des parents au patient pour lequel il était supposé servir de contrôle. Nous avons retenu le niveau de formation des parents, parce que la schizophrénie est une maladie très handicapante qui se déclare souvent vers la fin de l'adolescence ou le début de l'âge adulte. Ainsi de nombreux patients ne peuvent pas faire ou terminer de formation professionnelle. Afin de pouvoir comparer le niveau socio-

économique des patients à celui des contrôles, la plupart des recherches retiennent le niveau de formation des parents comme point de comparaison.

Comme mentionné préalablement, il nous a été impossible de retenir 10 patients qui n'avaient pas de croyances ou pratiques spirituelles/religieuses parce qu'une grande majorité de patients ont des croyances ou pratiques spirituelles ou religieuses, comme l'a montré précédemment l'étude aux HUG de Mohr (2006). Nous avons expliqué dans la partie méthode de ce travail combien il nous a été difficile de trouver des patients qui acceptaient de participer à la totalité de la procédure de recherche et particulièrement au AAI. Ainsi nous avons un échantillon de 28 patients et un échantillon de 18 sujets contrôles.

7.1.1 Validation de la représentativité des échantillons en fonction des variables âge, sexe et niveau de formation des parents

Avant de nous lancer dans les analyses spécifiques, il nous faut donc tester si notre échantillon contrôle est bien représentatif au niveau de l'âge, de la répartition des sexes et de la formation des parents de l'échantillon des patients. Rappelons que le critère de recrutement pour les participants contrôles était qu'ils aient des croyances ou pratiques spirituelles ou religieuses, il nous faut donc comparer ces sujets à la partie des patients ayant des croyances spirituelles et religieuses.

Tableau 5 : Représentativité du groupe des participants contrôles par rapport au groupe des patients selon le critère de l'âge
(Test statistique des moyennes suivant la courbe de Gauss)

Représentativité de la population contrôle - Age						
	Patients		Contrôles		Valeur normale standard	P
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type		
Age	41.61	10.05	41.28	12.01	3.41	0.00033

Population contrôle représentative à 2.5% si $p < 0.025$ (test bilatéral)

Tableau 6 : Représentativité du groupe des participants contrôles par rapport au groupe des patients selon le critère du sexe (Chi-carré)

Représentativité de la population contrôle - Sexe						
	Patients		Contrôles		Chi carré	P
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
Nombre	20	8	11	7	1.32	0.25

Population contrôle représentative à 5% si $p > 0.05$ (1 degré de liberté)

Tableau 7 : Représentativité du groupe contrôle par rapport à celui des patients selon le niveau de formation des parents (Chi carré)

Représentativité de la population contrôle - Niveau de formation des parents										
	Patients				Contrôles				Chi carré	P
	Pas de formation	Apprentis-sage	Haute école	Université	Pas de formation	Apprentis-sage	Haute école	Université		
Nombre	1	21	2	4	1	14	2	1	1.57	0.21

Population contrôle représentative à 5% si $p > 0.05$ (1 degré de liberté)

Les tests statistiques ci-dessus montrent que les deux populations sont comparables sur les critères de l'âge, de la distribution des sexes et du niveau de formation des parents.

7.1.2 Validation de la représentativité de la religiosité de notre échantillon de patients comparée aux populations de patients psychotiques générales

Afin de pouvoir comparer la religiosité de notre échantillon de patients à celles d'études antérieures, nous avons créé des sous-groupes en fonction de la présence ou non de croyances ou pratiques religieuses/spirituelles ainsi que des caractéristiques de ces dernières et de leur importance.

- Pour le groupe de « type A » une figure spirituelle/religieuse privilégiée est centrale et le spirituel/religieux est fondamental avec une importance égale ou supérieure à 8/10.
- Pour le groupe de « type B » une figure spirituelle/religieuse privilégiée est présente mais de manière générale le religieux/spirituel est d'une importance moindre, inférieure à 8/10.

- Pour le groupe de « type C » on ne discerne pas de figure spirituelle/religieuse privilégiée, mais il y a des croyances ou pratiques spirituelles/religieuses d'une importance supérieure à 6/10.

- Pour le groupe de « type D » on ne discerne pas de figure spirituelle/religieuse privilégiée et de manière générale la personne n'a pas de croyances ou pratiques spirituelles d'une importance supérieure à 5/10.

Comme nous l'avons mentionné préalablement, il ne nous a pas été possible de trouver 10 patients n'ayant aucune croyance ni pratiques spirituelles/religieuses acceptant de participer à l'étude durant la période de recrutement. Cela parce que les personnes croyantes ou pratiquantes sont surreprésentées dans la population des personnes souffrant de schizophrénie. En effet, l'étude qui a été réalisée par Sylvia Mohr aux HUG en 2006 a montré que pour 85% des patients psychotiques chroniques la spiritualité/religiosité est importante, voire centrale dans leur vie quotidienne pour faire face à la maladie hors des phases aiguës. Pour seulement 15% d'entre eux elle n'était pas importante ou absente. Afin de pouvoir considérer notre étude de l'attachement des patients psychotiques indépendamment de la variable spirituelle/religieuse, nous avons décidé de tester la représentativité de notre échantillon concernant cette dimension.

Ainsi nous avons fait un χ^2 pour comparer les groupes A, B, C et D des patients de notre échantillon avec la population des 115 patients de l'étude de Sylvia Mohr en termes d'importance du religieux dans leur vie.

Tableau 8 : Représentativité de la religiosité/spiritualité de notre échantillon de patients par rapport à celle de la population psychotique générale dans la littérature scientifique

Représentativité de la religiosité / spiritualité de l'échantillon patients - population psychotique générale						
	Population générale de patients psychotiques*		Echantillon de patients		Chi carré	P
	Religieux	Non religieux	Religieux	Non religieux		
Nombre	98	17	22	6	0.91	0.34
Echantillon de patients représentatif à 5% si $p > 0.05$ (1 degré de liberté)						
* population psychotique générale (Mohr et al., 2006)						

Le χ^2 montre que notre échantillon est représentatif au niveau de la variable religieux/spirituel de la population générale de patients souffrant de psychose chronique. On peut donc considérer que les résultats du AAI, que nous présenterons ci-dessous, peuvent être considérés comme indépendants des variables religieuses.

7.1.3 Affinement de vérification de la représentativité des échantillons patients/contrôles en fonction de la variable religiosité

Un des critères de recrutement des participants contrôles était d'avoir des croyances ou pratiques spirituelles ou religieuses, ce qui n'était pas un critère de recrutement pour les patients. Parmi les sujets contrôles nous n'avons ainsi que des participants appartenant aux groupes A, B ou C. Nous avons donc décidé de tester la représentativité de l'échantillon contrôle uniquement pour la partie des patients appartenant aux groupes A, B et C afin d'éviter de biaiser les résultats à cause des critères de recrutement.

Tableau 9 : Répartition des participants patients et contrôles selon les types de religiosité/spiritualité des différents groupes A, B, C et D

Répartition des types de religiosité / spiritualité		N	%
Patients			
Type A		14	50
Type B		6	21
Type C		2	7
Type D		6	21
Contrôles			
Type A		13	72
Type B		1	6
Type C		4	22

Tableau 10 : Représentativité du groupe des participants contrôles par rapport au groupe des patients A, B et C selon le critère de l'âge (Test statistique des moyennes suivant la courbe de Gauss)

Représentativité de la population contrôle - Age						
	Patients (sauf D)		Contrôles		Valeur normale standard	P
	Moyenne	Ecart-type	Moyenne	Ecart-type		
Age	41.77	10.17	41.28	12.01	3.57	0.00018
Population contrôle représentative à 2.5% si $p < 0.025$ (test bilatéral)						

Tableau 11 : Représentativité du groupe des participants contrôles par rapport au groupe des patients A, B et C selon le critère du sexe (Chi carré)

Représentativité de la population contrôle - Sexe						
	Patients (sauf D)		Contrôles		Chi carré	P
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
Nombre	14	8	11	7	0.05	0.82
Population contrôle représentative à 5% si $p > 0.05$ (1 degré de liberté)						

Tableau 12 : Représentativité du groupe des participants contrôles par rapport au groupe des patients A, B et C selon le niveau de formation des parents (Chi carré)

Représentativité de la population contrôle - Niveau de formation des parents										
	Patients (sauf D)				Contrôles				Chi carré	P
	Pas de formation	Apprentissage	Haute école	Université	Pas de formation	Apprentissage	Haute école	Université		
Nombre	1	16	2	3	1	14	2	1	1.05	0.31
Population contrôle représentative à 5% si $p > 0.05$ (1 degré de liberté)										

Les tests statistiques ci-dessus montrent que les deux populations sont comparables sur les critères de l'âge, de la répartition des sexes et du niveau de formation des parents.

Maintenant que nous avons vérifié que le groupe contrôle est bien comparable au groupe des patients au niveau de ces trois critères et que nous avons vérifié que l'échantillon des patients psychotiques est bien représentatif au niveau de l'importance

accordée au religieux/spirituel des patients souffrant de psychoses chroniques, suivis en consultation ambulatoire, nous pouvons commencer à tester nos hypothèses.

7.2 L'attachement chez les personnes souffrant de psychose chronique

Rappelons nos hypothèses principales :

Hypothèse I : *Nous trouverons plus de personnes ayant un attachement insécore chez les patients que dans la population non psychiatrique*

Hypothèse II : *Nous trouverons plus de personnes ayant un attachement insécore-détaché chez les patients que dans population non psychiatrique*

Nous avons donc testé si la répartition des types d'attachement dans notre échantillon de patients suivait celle de la population non psychiatrique en nous appuyant sur les données fournies par la méta-analyse des chercheurs hollandais Van IJzendoorn (1995).

Tableau 13 : Distribution des types d'attachement des patients par rapport à celle dans la population générale non psychiatrique

Représentativité de la répartition des types d'attachement entre patients et population non-clinique								
	Sécore		Détaché		Préoccupé		Chi carré	P
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%		
Patients	6	21%	19	68%	3	11%	29.72	0.00000035
Population générale*	339	58%	140	24%	105	18%		
Population de patients représentative de la population générale à 5% si $p > 0.05$ (2 degré de liberté)								
* groupe de population non-clinique (Van IJzendoorn and Bakermans-Kranenburg's, 1996)								

Nous observons une prévalence de patients ayant un attachement insécore-évitant en comparaison de la population générale. Selon notre test, nous pouvons dire que la distribution des types d'attachement dans la population psychotique ne suit pas celle de la population non clinique. On observe que la distribution des patients insécores-évitants et sécores est quasiment inversée par rapport à population non clinique. Nous pouvons donc confirmer nos deux premières hypothèses. Ces résultats sont très intéressants compte tenu de l'outil utilisé pour déterminer les types d'attachement (AAI) et compte tenu également de la population clinique spécifique avec laquelle nous avons travaillé. Nous verrons dans la partie 8 intitulée : « Discussion et conclusion » en quoi ces résultats sont centraux dans notre travail et innovateurs par rapport à la littérature scientifique actuelle.

7.2.1 Représentativité de la répartition des types d'attachement de l'échantillon contrôle

Nous avons donc pu constater que la répartition des types d'attachement des patients n'est pas représentative de la population générale et qu'il y a une nette prévalence d'attachement insécure et plus particulièrement insécure-détaché. Pour la suite de nos analyses il paraît important de vérifier quelle est la répartition des types d'attachement de l'échantillon contrôle par rapport à la population normale. Cela pour voir si nous comparons notre échantillon de patients à un groupe contrôle représentatif de la population en ce qui concerne la distribution des types d'attachement par rapport à la population générale. Il ne s'agit donc pas d'un résultat central, mais néanmoins nécessaire ici pour pouvoir mieux cerner le groupe contrôle auquel sera comparé l'échantillon des patients sur diverses dimensions. Cela permettra par la même occasion de répondre à l'hypothèse secondaire 2, qui était la suivante :

Hypothèse secondaire 2: *La proportion d'attachements insécures chez les participants contrôles est plus importante que dans la population générale*

Nous avons donc vérifié si la distribution des catégories d'attachement de notre échantillon contrôle suivait celle de la population générale.

Tableau 14 : comparaison de la répartition des types d'attachement dans le groupe contrôle par rapport celle dans la population générale non psychiatrique

Représentativité de la répartition des types d'attachement entre contrôles et population non-clinique								
	Sécure		Détaché		Préoccupé		Chi carré corrigé	P
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%		
Contrôles	13	72%	3	17%	2	11%	2.11	0.35
Population générale*	339	58%	140	24%	105	18%		

Population de patients représentative de la population générale à 5% si $p > 0.05$ (2 degré de liberté)

* groupe de population non-clinique (Van IJzendoorn and Bakermans-Kranenburg's, 1996)

La distribution des catégories d'attachement chez les sujets contrôles est donc identique à celle de la population générale. On observe même éventuellement une légère surreprésentation non significative de personnes ayant un attachement sécure chez les contrôles. Nous devons donc infirmer notre hypothèse secondaire 2. Ce point sera davantage discuté dans la partie 8 « discussion et conclusion » de ce travail. Ce que nous pouvons retenir à ce stade est que le groupe des participants contrôles auquel nous allons

comparer notre groupe de patients non psychotiques est bien représentatif de la population générale au niveau de la distribution des types d'attachement.

7.3 Proportion d'expériences relationnelles traumatisantes parmi les patients et les contrôles

Une hypothèse centrale que nous allons tester à présent est à suivante :

***Hypothèse III :** Les patients seront plus nombreux à rapporter des expériences relationnelles traumatisantes durant leur enfance que les sujets contrôles*

Parmi les 28 patients, en effet 20 ont subi des expériences relationnelles traumatisantes durant l'enfance. Concernant les 18 participants contrôles, 5 ont subi des expériences relationnelles traumatisantes durant l'enfance. Statistiquement les patients sont plus nombreux à avoir vécu des expériences relationnelles traumatisantes durant leur enfance : χ^2 corrigé (1, N=46)=6.75, $p=0.0094 < 0.01$.

Voici un graphique représentant les pourcentages dans chaque population ayant subi les expériences relationnelles traumatisantes suivantes durant leur enfance :

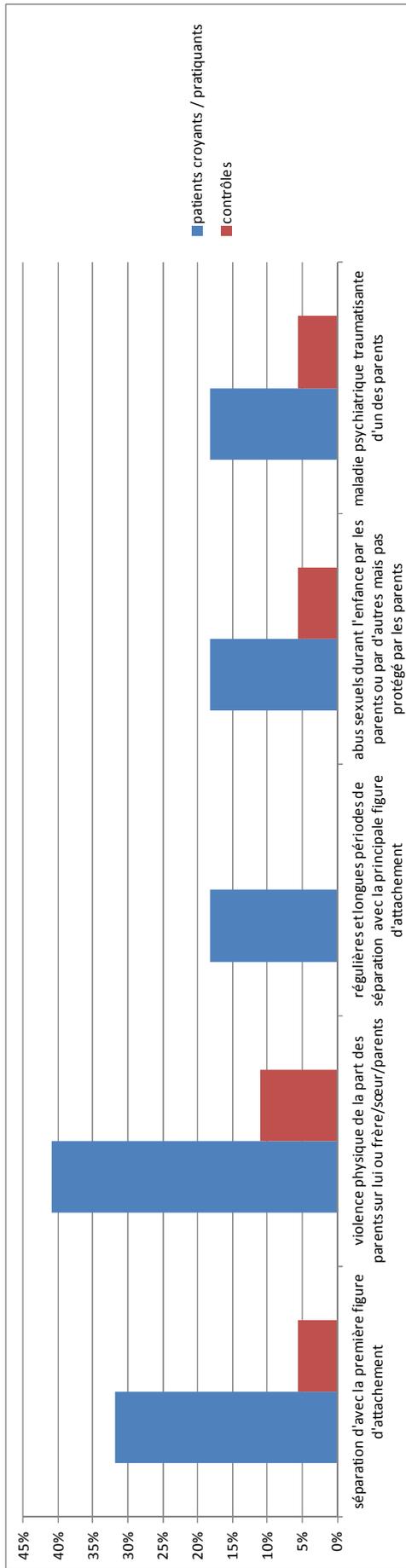


Figure 14 : Histogramme des expériences relationnelles traumatisantes précoces chez les patients et les participants contrôles

Dans ce tableau sont représentés 20 patients et 5 participants contrôles. De manière générale il y a plus d'expériences relationnelles traumatisantes chez les patients que chez les contrôles. Plus de 30% des patients ont été séparés de leur première figure d'attachement contre 5% chez les sujets contrôles. Plus de 40% des patients ont subi des violences physiques de la part de leurs parents ou ont été témoins de violence de la part d'un de leurs parents sur un membre de la fratrie ou l'autre parent contre 10% des participants contrôles. Presque 20% des patients ont vécu de régulières et longues périodes de séparation d'avec leur principale figure d'attachement, ont subi des abus sexuels ou ont assisté à la maladie psychiatrique traumatisante d'une de leurs figures d'attachement.

Selon notre test, il y a une covariation entre le fait d'avoir vécu des expériences de séparation d'avec la première figure d'attachement durant l'enfance et le fait d'être patient : $\chi^2(1, N=40)=4.27, p=0.039 < 0.05$. Or, avec un χ^2 corrigé (nécessaire lorsque certains des effectifs sont inférieurs à 6), on ne peut pas rejeter l'hypothèse d'indépendance : χ^2 corrigé (1, N=40)=2.78, $p=0.095 > 0.05$. Le Φ , indiquant l'intensité de la relation entre les deux variables (entre 0 et 1), est ici de 0.33 et le Φ corrigé de 0.26. Nous devons constater que nous avons des échantillons trop restreints pour parvenir à identifier l'importance du lien entre le fait d'avoir été séparé de la première figure d'attachement et de souffrir de psychose.

De même, selon notre test, il y a également une covariation entre le fait d'avoir vécu des expériences de violence physique durant l'enfance et le fait d'être patient : $\chi^2(1, N=40)=4.41, p=0.036 < 0.05$. Or, avec un χ^2 corrigé (effectifs inférieurs à 6), on ne peut pas rejeter l'hypothèse d'indépendance : χ^2 corrigé (1, N=40)=3.04, $p=0.081 > 0.05$. Le Φ , indiquant l'intensité de la relation entre les deux variables (entre 0 et 1), est ici de 0.33 et le Φ corrigé de 0.28. Nous devons donc de nouveau constater que la taille de nos échantillons ne nous permet pas d'identifier l'importance du lien entre le fait d'avoir vécu des expériences de violence physique durant l'enfance et le fait de souffrir de psychose.

Globalement, en prenant en compte tous les traumatismes relationnels relevés dans nos échantillons ensemble, les patients sont significativement plus nombreux que les sujets contrôles à avoir vécu des expériences relationnelles traumatisantes durant l'enfance. Nous pouvons donc confirmer l'hypothèse III, centrale dans notre travail. En effet, nous verrons progressivement comment un attachement de type inséure-détaché peut potentiellement

dévoiler un certain nombre de processus psychiques impliqués dans la tentative de gestion des expériences relationnelles traumatisantes chez des personnes souffrant de psychose.

7.4 Type d'attachement et symptômes

Nous allons à présent tester la quatrième des hypothèses centrales de ce travail :

***Hypothèse IV :** Dans notre population de patients psychotiques stabilisés, ceux ayant un attachement inséculaire devraient être plus symptomatiques au niveau de l'anxiété, de la dépression, des sentiments de culpabilité et de la suspicion.*

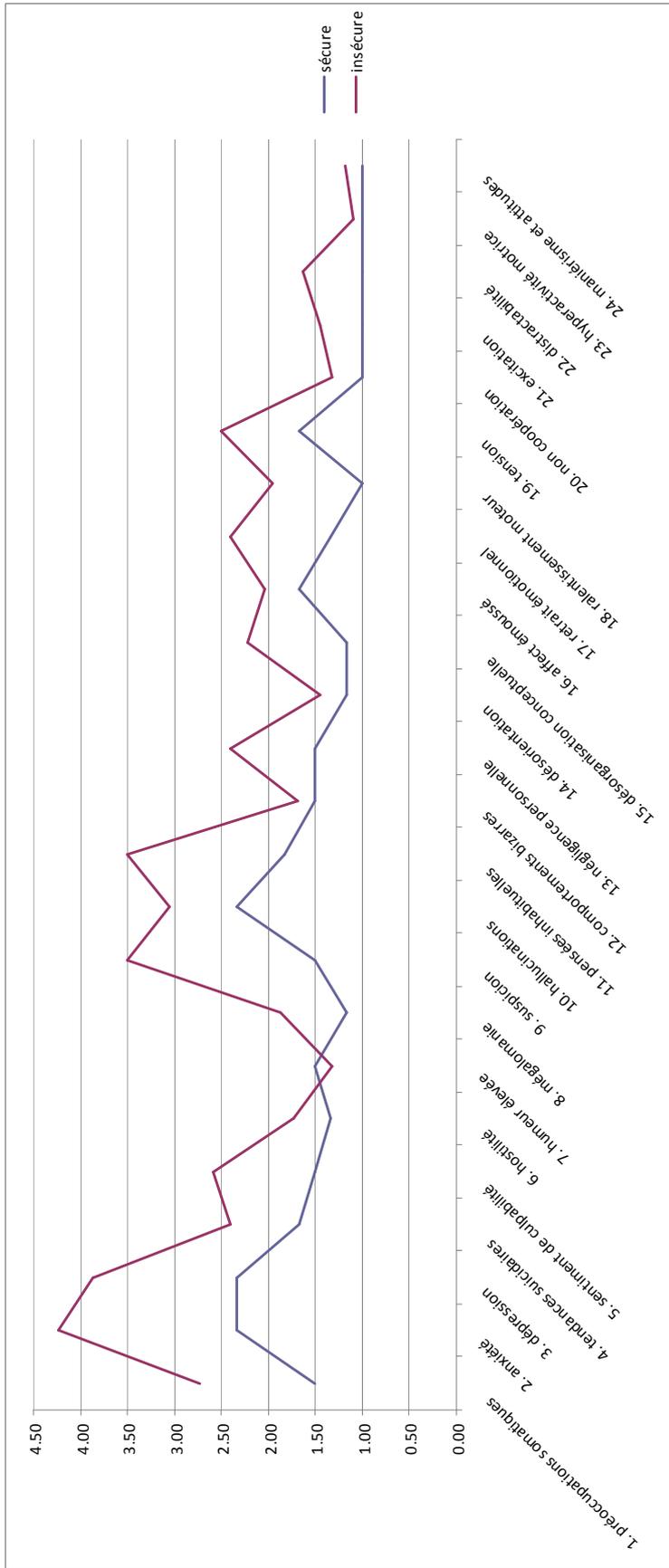


Figure 15 : courbe de la moyenne de l'intensité des symptômes selon les patients sûres et insûres

Le BPRS offre une échelle de 1 à 7 (à partir de 6, une hospitalisation peut et doit parfois être envisagée. Avec des patients stabilisés on ne devrait donc pas avoir des chiffres aussi élevés) pour évaluer l'intensité de chacun de ces symptômes. Ce tableau représente la moyenne pour chacun des symptômes en séparant les patients sûres des insécures. On constate donc que les sûres sont tout de même moins symptomatiques que les insécures.

Tableau 15 : Calcul de la différence des moyenne de l'intensité des symptômes mesurés par le BPRS selon les patients ayant un attachement sécurés et les patients ayant un attachement insécure

<u>Calcul de différence de moyennes d'intensité de symptômes entre patients sécurés et insécures</u>						
BPRS	Moyenne Sécurés	Ecart-type Sécurés	Moyenne Insécures	Ecart-type Insécures	T Student	P
1. préoccupations somatiques	1.50	0.55	2.73	1.52	1.92	0.065
2. anxiété	2.33	0.82	4.23	1.02	4.18	0.00029 **
3. dépression	2.33	1.21	3.86	1.08	3.00	0.0059 **
4. tendances suicidaires	1.67	1.03	2.41	1.18	1.40	0.17
5. sentiment de culpabilité	1.50	0.55	2.59	1.53	1.69	0.10
6. hostilité	1.33	0.52	1.73	0.77	1.18	0.25
7. humeur élevée	1.50	0.84	1.32	0.72	0.53	0.60
8. mégalomanie	1.17	0.41	1.86	1.61	1.04	0.31
9. suspicion	1.50	0.84	3.50	1.10	4.11	0.00035 **
10. hallucinations	2.33	2.42	3.05	1.46	0.91	0.37
11. pensées inhabituelles	1.83	2.04	3.50	1.44	2.30	0.030 *
12. comportements bizarres	1.50	0.84	1.68	0.72	0.53	0.60
13. négligence personnelle	1.50	0.84	2.41	1.44	1.47	0.15
14. désorientation	1.17	0.41	1.45	1.01	0.68	0.51
15. désorganisation conceptuelle	1.17	0.41	2.23	1.34	1.89	0.070
16. affect émoussé	1.67	1.03	2.05	1.29	0.66	0.51
17. retrait émotionnel	1.33	0.52	2.41	1.30	1.97	0.060
18. ralentissement moteur	1.00	-	1.95	1.05	2.21	0.036 *
19. tension	1.67	1.21	2.50	1.26	1.44	0.16
20. non coopération	1.00	-	1.32	0.65	1.19	0.25
21. excitation	1.00	-	1.45	0.67	1.64	0.11
22. distractabilité	1.00	-	1.64	1.05	1.47	0.15
23. hyperactivité motrice	1.00	-	1.09	0.29	0.75	0.46
24. maniérisme et attitudes	1.00	-	1.18	0.50	0.88	0.39
Différence de moyenne significative à x% si p < 0.0X (test bilatéral)						
* différence significative à 5%						
** différence significative à 1%						

Dans le tableau ci-dessus où nous avons calculé la différence des moyennes à l'aide du T de Student, nous constatons que le niveau d'anxiété, de dépression et de suspicion est significativement inférieur chez les patients ayant un attachement sécurés, et cela avec un seuil de sécurité de 1%. Nous constatons que d'autres symptômes psychotiques négatifs comme le ralentissement moteur et positifs tels que les pensées inhabituelles ou idées délirantes sont également significativement plus bas chez les personnes ayant un attachement sécurés à un seuil de sécurité de 5%. Or nous savons que selon la théorie de Bowlby et le fonctionnement des IWM (Modèles Internes Opérants) la capacité à se servir psychologiquement d'une base sécurés réduit l'anxiété, la dépression et permet d'avoir une meilleure vision de soi et des autres, ce qui semble indéniablement lié au symptôme de la

suspicion. Nous pouvons donc confirmer l'hypothèse 4. Nous pouvons également imaginer qu'une personne qui a un attachement sécurisé et qui a de ce fait un meilleur fonctionnement social, a moins besoin de combler le vide qui se produit par l'isolement avec des pensées délirantes, en reprenant l'idée d'autisme riche décrite par Minkowski. Une autre hypothèse est que les personnes qui ont un meilleur contact aux autres peuvent également plus échanger sur leurs pensées et leurs expériences et tendent moins à s'enfermer dans des pensées qui induisent une rupture avec l'entourage et la réalité. Dans le même sens, une personne qui a un meilleur fonctionnement global ainsi que social est plus stimulée, ce qui la rend potentiellement moins sujette au symptôme négatif du ralentissement moteur.

Compte tenu de l'état chronique de la psychose, de l'expérience répétitive d'hospitalisations non-volontaires pour la majorité et de l'important handicap social et professionnel que représente cette pathologie pour l'ensemble des patients ayant participé à l'étude, ces résultats sont stupéfiants. En effet, que les patients ayant un attachement sécurisé soient globalement moins symptomatiques que ceux ayant un attachement insécurisé, soulève des questions importantes quant à l'importance que jouent les dynamiques d'attachement, essentiellement en lien avec les ressources que parvient à développer une personne pour tenter de faire face à ses difficultés.

7.5 Une figure d'attachement spirituelle/religieuse

Parmi les questions centrales de ce travail nous tenons à tester l'hypothèse suivante :

***Hypothèse V :** Certains participants, patients et sujets contrôles investissent une figure spirituelle/religieuse privilégiée comme une figure d'attachement selon les quatre critères de Bowlby.*

A l'aide de la grille d'évaluation que nous avons présentée dans la partie « méthode », nous avons effectivement trouvé 18 patients et 14 participants contrôles qui se servent d'une figure spirituelle/religieuse privilégiée comme d'une figure d'attachement selon les quatre critères de Bowlby.

Tableau 16 : Répartitions des patients croyants selon le modèle d'attachement sur lequel ils investissent une figure spirituelle principale

Relation à la figure spirituelle / religieuse chez les patients

	N	%
Sécuré	8	29
Insécuré détaché	5	18
Insécuré préoccupé	5	18

18 patients sur 28 – ce qui représente 64% – investissent une figure spirituelle sur le mode de l'attachement. 8 patients sur 28 (28,57%) l'investissent sur un mode sécuré. 10 sur 28 (36%) l'investissent sur un mode insécuré, dont la moitié sur un mode à tendance préoccupée et l'autre moitié sur un mode à tendance détachée.

Tableau 17 : Répartitions des participants contrôles selon le modèle d'attachement sur lequel ils investissent une figure spirituelle principale

Relation à la figure spirituelle / religieuse chez les contrôles

	N	%
Sécuré	12	67
Insécuré détaché	0	0
Insécuré préoccupé	2	11

14 participants contrôles sur 18 (78%) investissent une figure spirituelle sur le mode de l'attachement. 12 sur 18 (67%) l'investissent sur un mode sécuré et 2 sur 18 (11%) l'investissent sur un mode insécuré à tendance préoccupée.

Afin de faciliter l'interprétation des chiffres ci-dessus, nous proposons de les illustrer par le récit d'une personne ayant un attachement sécuré à sa figure spirituelle, le récit d'une personne ayant un attachement insécuré évitant à sa figure spirituelle et le récit d'une personne ayant un attachement insécuré préoccupé à sa figure spirituelle.

Extrait d'entretien d'une personne cotée comme ayant un attachement sécure à sa figure spirituelle

Participante contrôle 10

On lui demande : « qu'est-ce qui est central dans votre foi »? et elle répond : « L'attachement à Dieu. La relation à Dieu. En fait ouais c'est, ouais vraiment ça, relation quand même, c'est vraiment ça » (ligne 274).

Elle raconte : « Dans l'enfance ça me serait même pas venu à l'idée que, qu'il y aurait cette possibilité que, que Dieu serait un Dieu qui s'intéresserait à moi et qui voudrait une sorte de, d'une manière ou d'une autre s'approcher de moi. Ça, ça m'est même pas venu à l'idée. C'est, j'avais pas eu euh, la présentation d'un Dieu qui, qui s'intéresserait à nous d'une manière plus concrète » (ligne 121).

Elle décrit sa relation actuelle avec Dieu en disant : « C'est une relation comme avec, comme on peut avoir avec un ami très intime mais en même temps c'est pas seulement un ami, c'est aussi un père, une mère, euh, quelqu'un de très, très proche, quelqu'un qui oui, qui est pas une menace, quelqu'un qui est, ouais qui est de la sécurité, c'est important » (ligne 403).

Cette participante décrit alors davantage comment sa relation à Dieu lui procure une base sécure dans sa vie. Elle raconte : « C'est, bon c'est à la fois dans la parole mais c'est aussi des, des états intérieurs qui sont difficiles à, à décrire mais c'est des moments où ça, ça a trait justement à des sentiments de paix, des sentiments de euh, de calme intérieur, de sécurité, d'être, de confiance de savoir qu'il est là quoi, c'est ça » (ligne 395).

Elle ajoute : « Je suis beaucoup, mais à travers un cheminement c'est pas venu d'un coup hein, je suis beaucoup plus calme intérieurement, je suis beaucoup plus paisible que ce que j'aurais pu être, j'étais quelqu'un de très stressé euh, euh, euh je sais que c'est un sentiment de, de bien-être qui va toujours en grandissant » (ligne 424).

Ce qu'elle dit plus loin illustre probablement cette idée de quelque chose qui grandit dans la relation lorsqu'elle parle d'« Un lien encore plus fort a, a, avec lui, encore plus de confiance, euh, encore plus de, de paix intérieure, de sécurité, de sentiment de sécurité ». Finalement lorsque l'intervieweuse tente d'évoquer l'idée d'une séparation d'avec sa figure religieuse, elle n'hésite pas à mentionner que cela l'inquiéterait et qu'elle a développé des stratégies pour supporter cette crainte » (ligne 382).

On demande : « Et puis lorsque vous demandez de l'aide à Dieu ou vous vous adressez à lui est-ce qu'il vous est arrivé de ressentir comme son absence ? » ; elle répond alors : « Oui, oui. Ça m'est arrivé oui » (ligne 407).

En l'interrogeant alors sur ses émotions et sa réaction à ce moment-là, elle raconte : « Euh, je suis triste je peux euh, avoir tendance à paniquer, à ne pas savoir, me demander ce qu'il se passe, je peux me demander même pourquoi il est pas là, qu'est-ce que j'ai fait (rire) et ben oui à me poser plein de questions, mais ben gérant aussi par, par la raison je sais que Dieu aussi n'est pas seulement là parce que je le ressens mais parce qu'il le dit qu'il est là tous les jours. Donc euh, mon ressenti il peut aussi terriblement me tromper alors je dois pas simplement m'appuyer là-dessus, mais à ce qu'il dit » (ligne 412).

Plus loin elle ajoute encore : « C'est là que je me romé, remémore des versets de la Bible où Jésus dit : « voici je serai avec toi tous les jours jusqu'à la fin du monde » et je me dis ben c'est ça, il a dit, il a pas menti. C'est ça, c'est pas, c'est plutôt mon sentiment qui peut être inadéquat » (ligne 419).

Extrait d'entretien d'une personne cotée comme ayant un attachement insécure à sa figure spirituelle avec des tendances détachées

Patiente 4

Celle-ci mentionne au début de l'entretien qu'elle ne croit pas en une figure spirituelle. Elle dit : « Je crois qu'on vit, une fois qu'on meurt, il n'y a plus rien » (ligne 18).

Elle mentionne alors qu'elle a beaucoup demandé d'aide dans sa souffrance psychique mais que Dieu ne l'aidait pas et qu'elle a donc commencé à lui en vouloir et pour finir a arrêté de croire. Elle dit : « C'est-à-dire quand j'ai commencé à avoir deux ou trois problèmes, des crises de panique, des choses comme ça, je ne croyais plus tellement parce que j'ai demandé tellement d'aide et je voyais que ça ne marchait pas » (ligne 47).

Elle précise : « Des fois, j'en voulais un peu à Dieu » (ligne 53).

Puis elle dit finalement : « Comme ça ne m'aidait pas, Dieu ne m'aidait pas, eh bien je n'avais plus de croyance » (ligne 59).

Ce n'est que progressivement qu'elle se livre. Elle raconte : « Non. Je n'ai pas souvenir. Malgré que même des fois ça m'arrive encore aujourd'hui, quand j'ai un grand souci je demande encore à Dieu de l'aide. Ça m'arrive encore (...) Même si je dis que je ne crois pas » (ligne 127).

Elle mentionne alors qu'en fait elle demande de l'aide à Dieu mais toujours en précisant qu'elle ne s'attend à rien ou en précisant qu'elle est bien consciente que parfois il répond et que parfois il ne répond pas. On lui demande : « Et la prière, ou le fait de demander de l'aide à Dieu, ça arrive souvent ? » et elle répond : « C'est rare » (ligne 190).

Elle dit : « Je lui ai tellement demandé d'aide, mais j'ai l'impression qu'il ne me répond pas toujours. Ça devient moins souvent » (ligne 269).

Elle raconte comment elle s'y prend pour demander de l'aide à Dieu : « Je ne sais pas expliquer exactement comment ça vient. Quand je ferme les yeux, (...) j'essaie de mettre un visage et je n'arrive pas, donc je vois juste une forme de visage, avec beaucoup de lumière qu'on ne peut pas distinguer exactement le visage » (ligne 158).

On lui demande alors : « Et l'émotion que vous ressentez à ce moment-là ? Il y a une émotion ? Vous arrivez à la décrire ? » Elle répond : « Ben, de la sensibilité. Beaucoup de sensibilité quand même (...) Je me sens bien ».

On lui demande alors : « D'accord. Et est-ce que ça vous aide face aux angoisses ? » à cela elle répond : « Pas toujours. Mais des fois, ça peut aider » (ligne 170).

Elle précise : « Ça me calme » (ligne 177).

Elle rajoute : « Ça m'aide moyen, 50 % » (ligne 205).

Sur l'échelle de l'importance de Dieu dans sa vie elle met 5 entre 0 et 10, par contre lorsqu'on lui demande à qui d'autre elle demande de l'aide à part Dieu, elle répond qu'elle lui demande de l'aide exclusivement à lui. On réalise qu'elle semble prendre des précautions émotionnelles pour éviter que le système d'attachement ne soit activé en minimisant l'importance que cette figure spirituelle a dans sa vie.

Elle raconte : « Des fois, je cherche j'aurais voulu voir son vrai visage, une fois, qu'il apparaisse pour moi » (ligne 294).

Elle parle de sa relation à Dieu et dit : « Elle est plutôt, c'est une bonne relation, mais comme lui ne me donne pas beaucoup de preuves qu'il existe, il y a des jours où je ne crois pas. Mais rien ne m'empêche de parler avec lui, de temps en temps » (ligne 313).

Elle ajoute alors : « Des fois, il n'y a pas de réponse » (ligne 317).

On lui demande alors : « Et qu'est-ce que vous ressentez quand il n'y a pas de réponse ? » Elle répond : « Un peu un abandon. Abandonnée » (ligne 319).

Elle précise même que lorsqu'il ne répond pas elle tend à se remettre en question : « Oui, ça me rend un peu triste, je me dis pourquoi moi ? Je n'ai rien fait de mal » (ligne 320). Cela traduit tout de même que le recours à cette figure spirituelle/religieuse joue un rôle non négligeable pour elle mais qu'elle ne peut pas compter sur lui, qu'il peut tout à fait ne pas répondre à ses besoins, d'où le fait qu'elle cherche sa proximité sans trop s'impliquer émotionnellement et garde une attitude relativement défensive.

Extrait d'entretien d'une personne cotée comme ayant un attachement insécure à sa figure spirituelle avec des tendances préoccupées

Patiente 33

Cette patiente demande essentiellement de l'aide à sa mère et à Dieu. Elle explique la place qu'occupe Dieu dans sa vie : « voilà. Les seules personnes en qui j'ai vraiment confiance, en qui je dis tout, en qui je me confie et tout, c'est le bon Dieu et ma mère. Parce que ma mère, je sais que c'est une tombe, elle dit rien (...) je peux lui confier tout ce que je veux, elle dit rien (...) Je me confie, on est très complices, on se confie beaucoup de choses l'une et l'autre mais on le garde, on va pas le divulguer (...) on sait garder des secrets (...) et Dieu, pareil. Dieu il va pas aller dire « ah, J m'a dit ça ». Non » (ligne 484).

Elle explique que pour elle, Dieu est un confident qu'il l'aide. Elle nous parle de Dieu en disant : « et maintenant, il m'a beaucoup aidée, maintenant, je prie, je lui dis merci. Tous les jours je prie, tous les jours, je lui dis merci, tous les jours ou souvent, je lui dis pardon (...) et pis souvent, je lui demande de l'aide, et puis, il est là, il est là » (ligne 253).

Elle dit : « il est amour, il est bon, il est lent à la colère, et riche en bonté. C'est ça qu'on dit hein ? » (ligne 293).

Elle dit : « il comprend tout, il sait tout, il connaît tout, il comprend tout » (ligne 297).

Puis elle précise : « il sait ce qui est bien et ce qui est pas bien. Des fois, normalement, il exauce les vœux, les souhaits » (ligne 301).

Elle dit : « voilà, il est là, il est présent. On n'a pas besoin d'être toujours à l'église » (ligne 395).

Puis elle explique qu'on peut toujours être proche de lui : « Et c'est pas parce qu'on va tout le temps à l'église qu'on est plus croyant qu'un autre (...) mais moi je prie souvent dans ma chambre. Parce que de toute façon le Bon Dieu, même qu'on soit dans sa chambre, dehors, au bistro, pour prier » (397).

Elle rajoute : « je dis maintenant, aujourd'hui maintenant, je suis en bonne relation, je suis en symbiose comme on dit » (ligne 597). Mais elle mentionne aussi qu'elle a vécu des moments très difficiles au cours de sa vie et en lien avec sa maladie où elle s'est sentie abandonnée par lui. Cela lui a donné une image ambivalente de Dieu, elle lui demande de l'aide en permanence et remet perpétuellement en question sa fiabilité si le soutien souhaité n'est pas comblé.

Elle raconte : « souvent j'ai ressenti la phrase « Père, pourquoi m'abandonnes-tu ? » mais au fond, je sais pas, mais c'est surtout quand j'étais très très mal que j'avais cette pensée » (ligne 210).

Elle dit : « Des fois, ça m'arrive d'avoir des doutes, ou ça m'est arrivé d'avoir des doutes. Donc, des fois, ça dépend, des fois je peux être en colère aussi contre Dieu, hein, je veux dire, des fois dans la prière, je lui dis des fois « aide-moi à ne jamais douter de toi ». Vu toute la misère dans le monde, vu combien je souffre, il ne doit pas exister »(ligne 327).

Elle mentionne combien elle craint d'être séparée de Dieu, ce qui met en évidence que son système d'attachement peut très facilement être activé. Elle explique qu'à la phrase suivante de la Bible : « père, pourquoi m'as-tu abandonné ? » elle éprouve : « de la tristesse, de la tristesse, de la colère, mais surtout de la tristesse (...) il y avait toutes les émotions. Il y avait la tristesse, la colère, l'angoisse (...) mais je pense en premier lieu, c'est la tristesse quand même, au départ » (ligne 607). Sa relation à Dieu semble donc plutôt être marquée par l'anxiété que par l'évitement. Elle se remémore des situations difficiles dans sa vie où elle s'est sentie abandonnée par Dieu sur le mode de la rumination, elle questionne aussi beaucoup sa fiabilité lorsqu'elle voit les malheurs qui arrivent sur terre. Par moments, elle tend presque à menacer Dieu en lui signalant que s'il lui prend sa mère elle le rejettera. On retrouve dans sa manière de fonctionner l'idée de négocier avec l'autre en le menaçant de l'abandonner s'il ne répond pas à ses attentes. En attendant, elle semble vouloir rejeter l'autre pour ne pas être abandonnée.

Elle mentionne : « s'il m'arrive une grosse tuile demain, ben je vais peut-être plus croire, à ce moment-là. Pis après, j'y crois de nouveau, ça dépend aussi de mon humeur, ça dépend de ce qui se passe dans ma vie, si je sens que je suis mal, que y a plein d'emmerdes qui m'arrivent et tout ça, j'aurais des doutes » (ligne 607).

Elle revient dessus et ajoute : « mais si, admettons il m'arrivait un truc grave, demain, par exemple je perds ma mère, là je sais pas si je croirais en Dieu. Vous voyez ? » (ligne 589) Plus loin, elle dit : « moi j'espère qu'elle (la relation à Dieu) durera, quoi » (ligne 606).

Nous pouvons donc confirmer l'hypothèse 5, car sur 46 personnes (patients et sujets contrôles), 32 – donc la majorité – investissent une figure spirituelle/religieuse sur le mode de l'attachement selon les quatre critères de Bowlby.

Les prochaines questions visent à aller plus loin en ce qui concerne les processus psychiques qui sous-tendent l'utilisation d'une figure spirituelle comme une figure d'attachement. D'une part il s'agit d'investiguer les motivations qui poussent une personne à avoir recours à des figures spirituelles/religieuses comme à des figures d'attachement. D'autre part, elles visent à interroger les aptitudes nécessaires pour parvenir à établir ce lien en termes d'apprentissages relationnels précoces potentiellement mobilisés dans ce processus.

Poursuivons donc avec les hypothèses centrales suivantes :

***Hypothèse VI :** Les patients psychotiques, de par la solitude que tend à entraîner leur pathologie, ont plus besoin de combler un vide relationnel que les sujets contrôles. Ainsi, les patients pour qui le religieux spirituel est important (patients appartenant aux groupes A, B ou C) seront plus nombreux à investir le religieux/spirituel en y cherchant une figure d'attachement que les sujets contrôles.*

Il est évident que nous ne pouvons pas comparer les patients sélectionnés au hasard à des sujets contrôles dont le critères de recrutement était d'avoir des croyances ou pratiques spirituelles ou religieuses pour répondre à cette question. Cela biaiserait immédiatement les résultats. Pour répondre à cette question, nous devons donc comparer les deux groupes – patients et non patients – pour qui le spirituel/religieux a une certaine importance. C'est-à-dire groupes A, B et C parmi les patients et les non patients en excluant le groupe D des patients.

Nous avons vu que sur la totalité des patients (n = 28) 18 (64%) investissaient une figure spirituelle sur le mode de l'attachement. Dès lors (n = 22 ; en excluant le groupe D) il s'agit de 18 patients sur 22, ce qui représente 82%. Chez les participants contrôles nous avons vu qu'il y en a 14, ce qui revient à 78%. Nous constatons donc qu'il y a à peine plus de patients que de sujets contrôles qui ont recours à une figure spirituelle/religieuse sur le mode de l'attachement. Statistiquement il n'est pas possible de rejeter l'hypothèse d'indépendance entre le fait d'être patient et d'avoir une figure d'attachement sur le mode de l'attachement : $\chi^2(1, N=40)=0.10, p=0.75 > 0.05$ et χ^2 corrigé (1, N=40)=0.01, $p=0.94 > 0.05$. Il est donc nécessaire de rejeter notre hypothèse : il n'y a pas significativement plus

de patients que de participants contrôles qui ont recours à une figure spirituelle. Le Φ indiquant la force du lien entre deux variables nominales (entre 0 et 1) est également très faible, respectivement 0.05 et 0.01 pour le Φ corrigé.

L'hypothèse VI peut donc être rejetée ! On peut alors penser que dans notre contexte culturel, environ 75% des personnes croyantes ou pratiquantes ont recours au religieux sur le mode de l'attachement, qu'il s'agisse de patients ou de sujets contrôles. Ces résultats vont à l'encontre de l'idée de compensation contextuelle de Kirkpatrick pour expliquer la fonction sous-jacente de ce processus puisque le fait de souffrir d'une maladie psychiatrique sévère, d'être stigmatisé, de vivre d'une rente AI, ce qui tout ensemble pousse à un isolement social important, ne mobilise pas davantage ce type de coping que pour des personnes professionnellement actives et père ou mère de famille pour la majorité. Cela soulève une question en lien avec les différentes affiliations religieuses, dont certaines mettent au centre une figure spirituelle privilégiée contrairement à d'autres. Par ailleurs cela pourrait aussi laisser penser que la compensation contextuelle dépend des modèles internes opérants étant donné que ces derniers influencent l'éventail de stratégies de coping dont dispose la personne. Les sécures ont potentiellement plus de ressources pour avoir recours à un lien sécurisant que les insécures ; ce point sera investigué lorsque nous testerons l'hypothèse suivante. Par contre il se pourrait que certaines cultures et traditions religieuses renforcent davantage ce type de coping que d'autres.

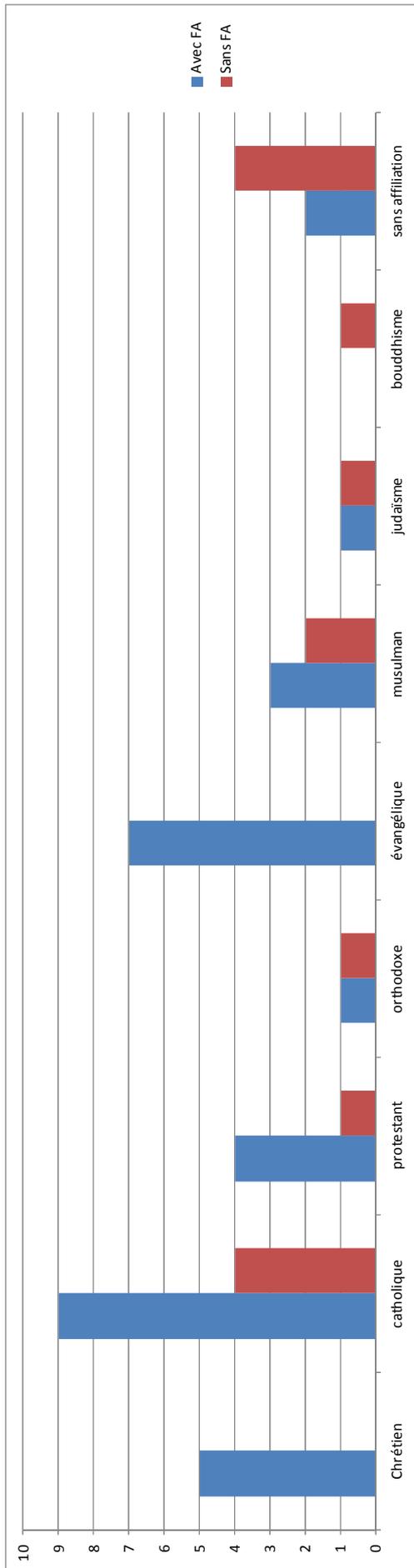


Figure 16 : Répartition des personnes ayant ou n'ayant pas de figure d'attachement religieuse/spirituelle en fonction de leur affiliation religieuse

Nous avons donc effectué deux tests en correspondance : le premier compare le fait d'être patient et celui d'avoir une figure d'attachement religieuse/spirituelle (cf. plus haut), alors que le deuxième compare l'affiliation religieuse chrétienne et le fait d'avoir une figure d'attachement religieuse/spirituelle. Ce deuxième test montre qu'il y a un lien entre le fait d'avoir une figure d'attachement religieuse/spirituelle et celui d'être chrétien : $\chi^2(1, N=40)=6.14, p=0.013 < 0.05$ et χ^2 corrigé (1, N=40)=4.15, $p=0.042 < 0.05$. Le Φ , indiquant l'intensité de la relation entre les deux variables (entre 0 et 1), est ici de 0.39 et le Φ corrigé de 0.32. On peut donc conclure qu'il y a sans doute une covariation entre l'affiliation religieuse chrétienne et le fait d'avoir une figure d'attachement religieuse/spirituelle. Ce lien de dépendance n'avait pu être démontré pour les patients dans notre premier test. La mesure Φ d'intensité de la relation entre ces variables est également révélatrice : il n'était respectivement que de 0.05 et 0.01 pour le Φ corrigé lors de la comparaison des variables « figures d'attachement religieuse/spirituelle » avec le fait d'être patient.

En ce sens, l'affiliation religieuse joue un rôle plus déterminant dans le coping en lien avec une figure spirituelle que le fait d'être patient et de souffrir d'une pathologie psychique souvent associée à une grande solitude.

7.6 La correspondance des modèles internes opérants

***Hypothèse VII :** les modèles internes opérants en lien avec l'attachement aux parents sont majoritairement transposés sur la figure spirituelle. En d'autres termes, une personne ayant un attachement insécuré à ses parents reproduira un attachement insécuré à la figure spirituelle/religieuse et une personne ayant un attachement sécuré à ses parents reproduira un attachement sécuré à la figure spirituelle/religieuse.*

Sur les 32 participants – patients et contrôles confondus – 22 ont des modèles internes opérants en lien avec la figure spirituelle qui correspondent à ceux établis avec les parents. 10 ont des modèles internes opérants différents. Parmi ces derniers, 7 sont passés d'un modèle insécuré à un modèle sécuré et 3 d'un modèle sécuré à un modèle insécuré. Le tableau ci-dessous indique tous les chiffres et proportions.

Tableau 18 : Relation entre les modèles internes opérants acquis dans les liens précoces aux parents et ceux mobilisés en lien avec la figure spirituelle chez les patients et participants contrôles (N = 46)

Patients et contrôles ayant une figure d'attachement spirituelle ou religieuse							
	Séures (AAI)	%	Détachés (AAI)	%	Préoccupés (AAI)	%	Total
Figure spi/rel a les critères d'une figure d'attachement	16		12		4		32
- investie sur un mode sécure	13	81%	3	25%	4	100%	20
- investie sur un mode insécure	3	19%	9	75%	0	0%	12
Correspondance*	22	69%	2	9%			
Compensation**	7	22%	4	57%			
Désécurisation***	3	9%	3	100%			
Total des patients et contrôles	19		22		5		46
*transposition du modèle interne opérant (sécure ou insécure)							
**passage d'un modèle interne opérant insécure à sécure							
***passage d'un modèle interne opérant sécure à insécure							

Nous avons en effet une majorité de « correspondances » ce qui nous permet donc de confirmer l'hypothèse XII. Cela va dans le sens de la théorie de l'attachement qui considère que les modèles internes opérants sont majoritairement durables à travers la vie. On peut donc retenir que la manière dont on apprend à être en relation au travers de nos expériences relationnelles précoces détermine en grande partie la manière dont on sera en relation à l'âge adulte. Cela au travers de notre représentation de nous, des autres, des attentes que nous avons de la part des autres, et de la manière dont nous pensons pouvoir obtenir ce dont nous avons besoin pour réguler nos émotions. Nos conclusions quant à l'idée de correspondance se distinguent de celles de Granqvist et Kirkpatrick, étant donné que nous constatons qu'il n'y a pas seulement des dynamiques de correspondance chez les personnes sécures. Au contraire, 9 personnes insécures détachées investissent leur figure spirituelle également sur un mode insécure. Cela montre qu'une figure spirituelle/religieuse peut parfaitement être investie à long terme sur un mode insécure et non pas seulement sur un mode sécure, comme semble l'indiquer la majorité des études qui ont été faites sur ce sujet. Cette constatation soulève la question de l'existence d'un processus non statique, permettant d'évoluer également d'un type d'attachement à un autre dans le rapport à une figure spirituelle.

7.7 La transformation des modèles internes opérants

Hypothèse VIII : Pour ceux où les modèles internes opérants sont différents, nous estimons que si nous parvenons à trouver dans le récit de la personne l'expérience relationnelle avec la figure spirituelle/religieuse qui a induit cette transformation dans les schémas de la personne, alors nous pouvons admettre que la relation à une figure spirituelle permet de transformer les modèles internes opérants.

7 personnes passent d'un modèle insécure à un modèle sécure et 3 d'un modèle sécure à un modèle insécure.

Extrait d'un entretien avec un patient qui passe d'un modèle insécure-préoccupé selon le AAI à un modèle sécure dans sa relation à une figure spirituelle

Patient 5

Voici quelques extraits qui permettent d'éclairer le processus de transformation de son schéma : il dit : « mais maintenant les qualités de Jésus : la fidélité, la patience, la tolérance, la paix, la compréhension pas le rejet en tout cas. Supporter, il supporte. Il aime l'authenticité. Il aime que l'être humain soit vrai. Même si ça apparaît pour les religieux ça peut choquer. Moi j'ai dit, une fois j'étais avec eux, après au bout de quelques années, 4 ans, 4-5 ans, j'en pouvais plus d'être avec eux, avec Jean Marie. Parce que moi je lisais la Bible tous les jours, et alors ça me, ça travaillait mon entendement, mais j'étais pas transformé, parce que mon cœur était fermé. Je lisais la Bible comme un intellectuel (...) tu vois ? Mon cœur était fermé, parce que j'avais beaucoup de colère envers Dieu, pourquoi j'avais été abusé ? Je comprenais pas, enfant. Mais, j'avais le mérite de lire la Bible (...) et ça c'est un truc que Dieu m'a jamais, m'a accordé, je lis toujours ma Bible. Et un jour, pour dire comment je le vois, il rejette pas. Par rapport pourquoi j'aime pas les religieux, toute catégorie, de toute nation, de toute c'est qu'un jour, ils m'ont fait disjoncter, j'étais mal, j'avais des révoltes constantes. Pendant 3 jours j'étais bien, 3 jours j'insultais le Seigneur. Un jour j'en ai eu marre avec eux. J'étais devant eux, ils m'ont fait « ouais il faut te calmer » ils m'ont dit ça gentiment, Dieu, la crainte de Dieu et toutes ces conneries-là. Je suis vrai. Je les ai regardé, j'ai dit, ils m'ont fait « ouais il faut te calmer », mais pas dans le sens manipulateur, mais « Dieu est bon (son prénom), calme-toi », et moi j'ai disjoncté j'étais une boule de j'étais un volcan, pis j'avais mes sentiments, et je leur disais, « mais moi, foutez-moi la paix avec Jésus j'ai envie de me calmer, j'ai envie qu'on arrête de parler de ça. J'ai envie d'être calme de pouvoir reprendre, d'être tranquille. Ils m'ont tellement fait chier ce jour-là, j'ai disjoncté, d'ailleurs mon frère jumeau était converti à cet époque-là, il a dû partir. J'ai commencé, « je te hais Dieu, de tout mon coeur, de toute mon âme, de toute ma pensée et de toute ma force (...) à la minute même, à la seconde même ou j'ai dit ma force, j'ai eu des paroles qui sont venues mais en un éclair « car à moi tu peux tout dire, je suis amour, je suis solide, je suis fondé sur la liberté, libération ». J'ai dit vous voyez les autres comme des allumés qui avaient rien compris, et moi j'avais la crainte. Je croyais que la foudre allait me tomber dessus (...) et quand je dis Dieu ne rejette pas, dans le sens qu'on peut tout dire à Dieu, on peut dire qu'on l'aime qu'on le déteste, Dieu il est solide, il est pas. C'est marqué, il soutient toute chose par la parole. Il est tellement amour que moi ça m'a libéré, et après, ma vie spirituelle a commencé » (ligne 912).

Il ajoute : « comme un médecin, il a permis que je disjoncte parce qu'il fallait que la casserole elle pète quoi ! Il fallait que le couvercle il sorte quoi. C'était sa façon à lui de me guérir » (ligne 1049).

Il dit : « Dieu n'est pas humain, Il n'est pas comme les hommes. Il pense, il agit, il ressent différemment, parce qu'il sait ce qu'il doit faire pour guérir une âme. Il a un projet, il a un plan de guérison et de vie pour chaque être humain, mais il est personnel » (ligne 1148).

Il précise alors : « et là Dieu il m'a appris un truc fondamentalement, c'est que j'ai le droit de péter les plombs devant lui d'être pas d'accord avec mon Dieu, je dirai mon père, et faire la gueule, il va pas me retirer son amour (...) Il continu à t'aimer » (ligne 1168).

Ce patient raconte combien il pouvait en vouloir à ce Dieu tout-puissant que lui présentait son Eglise et qui n'avait pas empêché durant son enfance qu'il soit abusé sexuellement pendant des années par son père. Il éprouvait alors une rage sans limite contre ce Dieu. Là où il a fait une expérience qui allait à l'encontre de

ses attentes, c'est lorsqu'il s'est ouvertement mis à hurler sa colère à Dieu et que ce dernier n'a pas cessé de l'aimer. Le patient entend régulièrement la voix de Dieu qui lui parle, le conseille, le rassure. Il raconte avoir fait l'expérience sensible et audible de l'amour de Dieu. On constate que le patient relève lui-même cette expérience comme un tournant dans sa vie qui a permis le commencement de sa « guérison ». Cette expérience a transformé sa représentation de Dieu, qui est alors pour lui solide, à qui on peut tout dire, qui n'abandonne pas et de lui-même qui mérite d'être aimé même lorsqu'il est en colère et en détresse.

Extrait d'un entretien avec un patient qui passe d'un modèle insécure-détaché selon le AAI à un modèle sécure dans sa relation à une figure spirituelle

Participant contrôle 19

Il parle des changements religieux qui ont eu lieu dans sa vie et où il n'a pas agit comme il pensait que Dieu l'attendait de lui : « au niveau, surtout au niveau sexuel. Ben voilà, on, on est sensés être chastes jusqu'au mariage et j'ai, j'ai réussi à, à, à tenir cette, cette chasteté longtemps mais à un moment donné, j'ai, j'ai euh lâché par exemple. Ça, c'est un changement (...) en partie, un grand changement parce que j'ai ma foi, j'ai pas relativisé, sé ma foi, mais j'ai relativisé ma pratique. Et puis, j'ai, j'ai ressenti à ce moment-là que l'amour du, de Dieu, il allait pas être, il avait pas été enlevé qu'il était pas moins, que au contraire, peut-être, il était plus fort » (ligne 639).

Dans les deux exemples cités ci-dessus, les participants ont fait une expérience relationnelle et affective qui allait à l'encontre de leurs attentes et qui a donc permis de potentiellement transformer certaines de leurs croyances de base jouant un rôle central dans les modèles internes opérants. Ces deux exemples confirment l'idée que dans certains cas, la relation à une figure spirituelle et religieuse permet de transformer les modèles internes opérants en lien avec l'attachement.

Extrait d'un entretien avec une personne qui a un attachement sécure selon le AAI et a un attachement insécure à tendance préoccupée avec la figure spirituelle

Participant contrôle 5

Cette personne a pu construire un modèle sécure dans sa relation à sa mère. Son père, lui, était souvent absent à des moments importants dans sa vie. Elle mentionne à plusieurs reprises combien elle s'est sentie abandonnée par lui et combien elle était jalouse des autres personnes dont son père s'occupait. Son père était par ailleurs déjà durant son enfance très fragile et il est tombé dans l'alcoolisme pour gérer ses émotions. La participante 5 semble clairement avoir transposé l'image qu'elle a de son père sur celle de Dieu. Nous verrons néanmoins comment cette transposition semble avoir une utilité pour sa gestion émotionnelle. Dans l'entretien sur les croyances religieuses, lorsqu'on lui demande si elle trouve un souvenir précis durant son enfance où elle a demandé de l'aide à Dieu, elle raconte :

« oui ! Voilà j'ai un souvenir de mon enfance, mon père il était parti surveiller une espèce de connasse qui essayait de se suicider et puis, moi je ne savais pas où il était parti, j'étais toute seule à la maison, je devais avoir quelque chose comme dix ans, cet espèce de connard, il m'a laissée toute seule, toute seule pour aller surveiller une espèce de connasse qui aurait mieux fait de se suicider, pardon je suis très en colère et du coup euh ! Du coup moi j'étais toute seule et je priais Dieu pour que mon père arrive à sauver cette fille qui voulait se suicider et puis qu'il rentre tôt et qu'à lui, il ne lui arrive rien, et puis je pleurais parce que je voulais que mon papa rentre vite, j'avais peur qu'il lui arrive quelque chose, je suppliais Dieu qu'il protège mon papa, et puis en même temps que mon papa arrive à sauver cette fille qui a dû se suicider, et puis au fait maintenant que je me souviens bien de cette histoire, cette fille ne voulait pas se suicider, elle était juste mal, et puis elle avait juste besoin de parler avec mon père et mon père m'a lâchée toute seule pour aller parler avec une espèce de conne » (ligne 261).

Elle montre comment elle se protège émotionnellement d'avoir besoin de Dieu, en d'autres termes comment elle tente de désactiver le système d'attachement : « Ce que je pense, vu que je crois en Dieu qui est tellement loin que ça ne sert même pas de, alors je crois en lui d'accord, mais du coup ça ne me sert à rien au fait dans le quotidien (...) A part de l'engueuler justement quand je trouve que c'est scandaleux, ce qui me sert à rien » (ligne 476). Elle ajoute : « enfin le seul truc où je m'adresserais au Dieu, au bon Dieu c'est pour l'engueuler (...) Oui ! Très fort » (ligne 434).

Après avoir mentionné à plusieurs reprises durant l'entretien qu'elle n'avait aucune attente vis-à-vis de Dieu elle ajoute plus loin : « J'étais très, très en colère et j'étais terriblement en colère contre tout ce monde de connards qui, pour qui Dieu est une aide, j'étais très jalouse » (ligne 542).

On lui demande alors : « Mm ! Donc il y aurait cette attente ? » et elle répond : « Il y a une attente par rapport à Dieu » (ligne 544).

C'est plus tard seulement qu'elle nous livre comment le recours à cette figure spirituelle lui est utile, même s'il se fait sur un mode ambivalent : « Voilà. Ben l'avantage c'est que je peux me fâcher contre lui mais je ne peux pas me fâcher contre mon père parce que mon père j'ai toujours l'impression que si je me fâche contre lui, il en meurt, tandis que Dieu il ne va pas plus être là mais il ne va pas mourir parce qu'il paraît, Dieu n'est pas mort, donc voilà (...) Donc du coup enfin, du coup c'est beaucoup, beaucoup moins dangereux de se fâcher contre Dieu » (ligne 679).

Elle ajoute pour finir : « Ben je pense que ça quand même quelque chose d'un tout petit peu aidant, on va dire, un tout petit peu structurant mmm mais un tout petit peu » (ligne 703).

Les extraits d'entretien de la participante contrôle 5 montrent indéniablement, non seulement la projection du sentiment d'abandon du père sur Dieu, mais aussi, plus que de lui permettre au sens analytique de rejouer le conflit émotionnel, la figure spirituelle comporte un avantage, c'est qu'elle peut se permettre de se fâcher contre elle pour réguler ses émotions, alors qu'elle ne pouvait pas laisser de place à ses émotions dans la relation à son père.

L'extrait suivant semble aller dans ce sens lorsqu'elle raconte :

« Ben je ne sais parce que je sais qu'à la fin de cette crise qui a à peu près duré, je pense une demi-heure, trois quarts d'heures, où je m'engueulais contre moi, je disais arrête, fiche-lui la paix à cette pauvre fille et où j'engueulais le bon Dieu, à la fin j'ai fini par m'endormir. Alors que j'étais dans un, dans une tétanisée que pour moi c'est incroyable d'aider, enfin c'est bizarre que j'aie pu m'endormir donc au fait je pense que c'est à cause de ce combat interne que j'ai eu contre moi, contre Dieu (...) je pense que le tout ça m'a été utile, j'ai pu m'endormir à la fin de l'histoire » (ligne 570).

L'exemple de cette participante contrôle ne vient pas illustrer un moment de transformation d'un modèle interne opérant en tant que tel, mais met en évidence deux points importants qui permettent tout de même de potentiellement mieux comprendre le processus en cours.

Rappelons tout d'abord que les théoriciens de l'attachement considèrent que plusieurs modèles internes opérants peuvent cohabiter ensemble, étant donné qu'au cours de la vie, nous entretenons un grand nombre de relations très différentes – entre les relations avec les parents, les autres membres de la famille, les pairs, les partenaires amoureux, les collègues et employeurs etc... Les avis s'accordent néanmoins autour de l'idée que ces modèles internes opérants seraient organisés psychiquement de manière plus ou moins hiérarchique. Le modèle interne opérant principal restant celui qui a pu se mettre en place au cours des premières expériences relationnelles. Or, l'entretien de la participante 5 met en évidence que sa relation à Dieu – même si elle ne reprend pas le schéma interne principal – semble résulter d'une projection d'un schéma relationnel qui a préexisté à la relation à cette figure spirituelle. On peut donc se demander si, dans les cas où il n'y a pas de correspondance entre l'attachement principal mesuré par le AAI et l'attachement à une figure spirituelle, il y aurait potentiellement une correspondance entre l'attachement à la figure spirituelle et un schéma interne opérant non principal. Étant donné que le AAI ne permet pas de mesurer tous les schémas internes opérants mais un état d'esprit d'attachement, nous ne pouvons pas répondre à cette question.

Nous tenons également à rappeler la similitude des descriptions de la participante 5 à une phase que décrit le patient 5 dans sa relation avec sa figure spirituelle avant que la transformation du modèle interne opérant ne puisse se faire. Nous avons vu en effet que le patient 5 racontait également avoir connu des moments où il hurlait sa colère à Dieu avant de pouvoir commencer à le voir comme son allié et à lui faire confiance. On peut donc se demander si le processus que décrit la participante 5 pourrait, à un moment donné lui permettre de résoudre son conflit psychique et de développer une relation à sa figure spirituelle sur un mode moins ambivalent où elle pourrait progressivement baisser ses gardes et protections émotionnelles. Nous ne pouvons répondre à cette question.

Ce qui nous importe ici c'est de retenir d'une part que des modèles internes opérants peuvent être transformés dans la relation à la figure spirituelle/religieuse et que même si la relation à cette figure se fait sur un mode insécure elle peut apporter des bénéfices en termes de coping.

7.8 Les processus de compensation des modèles internes opérants

Nous constatons que dans notre échantillon les personnes qui ont vécu des transformations en lien avec leur figure spirituelle en passant d'un modèle insécure à un modèle sécure mentionnent toutes avoir fait des expériences sensibles (impliquant des expériences sensorielles) avec cette figure. Parmi les patients, nombreux sont ceux qui mentionnent entendre la voix de leur figure spirituelle. Parmi les sujets contrôles, les personnes parlent plutôt d'un ressenti émotionnel qui est interprété comme la manifestation de leur figure spirituelle/religieuse.

Extraits d'entretiens avec chacune des personnes ayant compensé son modèle interne opérant

Patient 5

Il dit : « J'ai commencé, « je te hais Dieu, de tout mon coeur, de toute mon âme, de toute ma pensée et de toute ma force. » (...) à la minute même, à la seconde même ou j'ai dit ma force, j'ai eu des paroles qui sont venues mais en un éclair « car à moi tu peux tout dire, je suis amour, je suis solide, je suis fondé sur la liberté, libération » » (ligne 939).

Puis il poursuit : « Pis un jour, au fait ça a commencé comme ça, je commençais à entendre la voix de Dieu, pour des choses toutes simples, de la vie de tous les jours, qu'il m'aimait, tout ça » (ligne 1123)

Patient 11

Lorsqu'on lui demande ce que lui apporte sa religiosité, il répond : « Ecoutez la sécurité (...) ça vous rassure (...) ça vous apporte une sécurité. Y a l'expression « ange gardien » (...) qui est rassurant. Il y a la formule « car je veille sur toi ». Y a l'expression « dirige mes pas » (...) Donc, pour en rester là, ces quelques formules (...) vous permettent de vous sentir protégés, entourés (...) gardés par une entité invisible mais dont vous avez au fond de vous dans votre esprit, la certitude qu'il existe! » (ligne 473).

Puis il ajoute : « Il y a (silence) la certitude de savoir qu'on s'adresse à un tout-puissant qui existe (...) Ce qui donne, sur le plan physique, une sensation, je dis une sensation bien une sensation, de sécurité. (...) Et sur le plan de l'émotion (...) une notion émotionnelle de réconfort » (ligne 730).

Patiente 14

Celle-ci dit : « quand je me sens seule, pis que j'ai pas d'autre recours. Même si je sais que j'ai des gens autour de moi qui m'aident mais de fois, ya pas, alors j'ai recours à lui quoi. On lui demande alors : « Je vois. Qu'est ce que ça change pour vous quand vous avez recours à lui ? » Et la patiente répond : « ben on dialogue. Rire (...) et pis il est un peu comme un, il m'éduque quoi. Il dit « voilà ça c'est juste, ça c'est faux » » (ligne 85).

Elle ajoute : « souvent, non je sais pas, c'est vraiment dans les cas où j'ai besoin de lui. Des fois, je suis face à des choix à faire. C'est vrai que moi j'ai toujours de la peine à faire des choix, mais j'ai quand même réussi à faire des choix mais, alors il me dit vite, c'est ça (...) je dois me dépêcher, pour pas tergiverser vous voyez ? Comme les parents disent à l'enfant « c'est ça qui est juste » ou « tu vas là, tu fais ceci ». Et ça m'aide beaucoup » (ligne 104).

Elle précise : « ça va très vite donc mais des fois ça va tellement vite que je lui demande de répéter, parce que je vois pas bien, pis j'ai peur que ce soit quelqu'un d'autre qui me dise ça. Je veux être sûre. Alors souvent il le fait une deuxième fois » (ligne 131). Pour terminer elle dit encore : « j'ai eu tellement de confirmation que je remets pas ça en cause » (ligne 157).

Patient 25

Ce patient parle de son baptême du Saint Esprit et dit : « J'ai été baptisé du Saint Esprit. Alors là c'est autre chose! (...) Parce que, là c'est le Saint Esprit qui rentre dedans (...) Les mauvais esprits, si y a (...) mauvais esprits, y sort! Parce qu'il peut pas cohabiter avec le Saint Esprit à l'intérieur (...) Et, après c'est à toi de ranimer la flamme et de le garder dans ton coeur! En fait, tu le sens, comme une sorte de de source de chaleur au niveau de la poitrine » (ligne 133).

Il ajoute : « En fait euh c'est c'est c'est rien de bien méchant hein! C'est vraiment euh tu tu sens comme une une euh présence d'amour à l'intérieur et puis (...) Une présence euh une une présence bienfaisante comme ça! » (ligne 630).

Il parle davantage d'une expérience sensible qu'il a faite en lien avec sa spiritualité : « Alors on appelle ça un Réma. Hein? C'est un terme euh grec (...) Quand c'est Dieu qui s'approche? Ben tu ressens déjà une certaine chaleur. Une chaleur qui peut venir sur ta tête ou sur ton corps? (...) Une chaleur euh que tu te sens bien! Tu te sens comme euh comme dans un rêve avec de la ouate! (rires) (...) Non tu te sens bien et puis et puis c'est sûr que ces mauvaises pensées euh elles ont plus lieu d'être quand t'es en relation avec Dieu? Mais moi je pense que la belle relation qu'on aura avec Dieu ça sera après la mort! Et puis il faut garder l'es l'espérance de de cette vie ailleurs. On est quand même le peuple élu donc euh! On a quand même droit à cette à cette promesse » (ligne 1383).

Il rajoute pour finir : « Et et quand tu l'entends? Tu sais tout de suite que c'est Dieu. Moi j'ai entendu Jésus, il m'a dit : (son prénom), tu es un saint homme. C'était quand j'étais à l'hôpital » (ligne 1556).

Patiente 27

Elle raconte : « Une fois j'ai entendu une voix qui disait : « Même mes petits ennemis, moi je les accepte dans ma maison, à l'église » » (ligne 668).

Elle a donc aussi des hallucinations auditives qu'elle interprète en fonction de ses croyances religieuses. Lorsqu'on lui demande si elle peut décrire la relation qu'elle a avec Jésus, elle répond :

« Mhmm. Je sais pas non, je on s'aime, on s'aime et puis c'est tout » (ligne 863).

Elle raconte comment elle interprète ce qui lui arrive comme des réponses à ses demandes : « Et c'est là où je me suis dit : « Je vais mourir » et pis j'ai commencé à dire à Jésus « je t'aime », pis peu de temps après, je suis sortie (...) donc, il m'a aidée à sortir » (ligne 865).

Elle insiste et mentionne ce qu'elle ressent : « Oui, je me sens, je me dis : « Il m'aime, ça j'en suis sûre ». Donc, je me sens mieux, ça-ça-ça m'aide » (ligne 883).

Participant contrôle 18

Ce dernier explique comment il comprend et interprète ses relations aux autres comme des réponses de Dieu. Cela lui permet ainsi de faire des expériences sensibles qui alimentent ses croyances. Il raconte que suite au décès de son père, il demandait de l'aide à Dieu et précise : « ça m'a amené beaucoup de choses dans le cas de mon sport que je pratiquais, j'ai eu des gens qui étaient comme, qui remplaçaient comme mon père » (ligne 533).

Il dit : « moi je mettrai ça en mots. Mais je dis tout simplement ben écoute bon Dieu, c'est toi qui a voulu que euh cet obstacle arrive le décès de mon père et tout et tout, que tout est bouleversé maintenant. Alors voilà, je suis là, tu me guides, guide-moi dans le bon chemin, le chemin que tu as rempli à merveille, voilà (...) alors pour moi, le fait de dire ça, c'est que tout ce que je faisais à ce moment-là, des contacts que je pouvais avoir avec les gens, ou l'aide que les gens pouvaient m'aider administrativement ou financièrement, je considérais toujours que c'est ça la réponse (...) que Dieu est en train de me donner » (ligne 514).

Il ajoute plus loin : « ouais ouais y a un profond sentiment de sécurité qui me pourchasse depuis tout enfant » (ligne 566).

Pour terminer il dit : « et pis euh voilà comme j'ai dit, Dieu peut me parler à travers d'autres personnes » (ligne 946).

Participant contrôle 19

Il parle d'expériences sensibles, il raconte : « euh le maître spirituel à mon père m'a levé au-dessus de sa tête, et depuis, j'ai un lien très fort avec lui. Il est mort hein, mais euh je le ressens par exemple lui (...) al-alors c'est pas la même sensation que quand je prie Dieu ou quand je fais Dhikr, c'est pas pareil. Parce que là, là c'est autre chose quoi, c'est Allah quoi » (ligne 223).

Il dit : « comme la divinité, qui est euh sensible, avec tous les sens qu'on puisse avoir, donc c'est, quand j'dis sentir Dieu, moi j'le sens avec aucun de mes sens, je le ressens, c'est pour ça que j'ai, j'ai utilisé ressentir avec, avec mon cœur quoi » (ligne 246).

Il précise encore : « c'est là, ça vient et pis peut-être que justement comme j'te disais le fait de, de prononcer certaines paroles qui ont une certaine vibration particulière vont effacer les voiles et rétablir la connexion de manière plus pure, et pis, tu vas ressentir plus franchement, mais c'est toujours là, c'est toujours présent » (ligne 530).

Réfléchissons aux processus qui sous-tendent une transformation des modèles internes opérants d'attachement. Plus précisément, interrogeons-nous pour savoir dans quelle mesure une expérience spirituelle/religieuse pourrait psychiquement fonctionner comme une expérience d'attachement susceptible de transformer les modèles internes opérants. Ces récits d'expériences sensibles de la présence ou l'influence de la figure spirituelle investie sur le mode de l'attachement contiennent potentiellement un embryon de réponse. Selon Bowlby, afin qu'une relation d'attachement puisse se mettre en place, des contacts physiques répétés sont nécessaires entre l'enfant et l'adulte. On peut alors se demander si à l'âge adulte ces expériences sensibles interprétées comme étant la manifestation de la figure spirituelle/religieuse privilégiée font psychiquement office de ce contact répété. Serait-ce alors une condition nécessaire pour qu'un modèle interne opérant puisse se transformer dans la relation à une figure spirituelle/religieuse sans passer par une médiation relationnelle humaine ? De nouveau, nous ne pouvons pas répondre à cette question. Il se peut que les personnes qui ont pu construire un modèle interne opérant sécure avec une figure spirituelle/religieuse – alors qu'elles ont un attachement insécure selon le AAI – aient préalablement fait une expérience similaire avec une personne de leur entourage. Au fond, on peut alors penser que l'étude de l'attachement dans le champ religieux revient à l'étude des modèles internes opérants principaux ou secondaires projetés sur une figure spirituelle/religieuse. Qu'il ne s'agisse finalement que d'un lieu de projection ou d'un lieu de transformation des modèles internes opérants, l'étude du religieux apparaît comme un lieu privilégié pour l'étude des schémas d'attachement actifs à l'âge adulte.

7.9 Attachement et coping positif

Hypothèse IX : Chez ceux (patients et sujets contrôles) ayant une figure spirituelle/religieuse investie sur un mode sécure, on observera un coping spirituel positif plus élevé au niveau des dimensions de l'estime de soi, de l'anxiété, de la dépression et de la confiance aux autres que chez ceux n'ayant pas de figure spirituelle/religieuse ou ceux l'investissant sur un mode insécure.

Au travers de la mise en place d'un modèle interne opérant sécure, une personne parvient à construire une image positive d'elle-même comme méritant d'être aimée, ce qui se traduit par une meilleure estime de soi. Également au travers d'expériences relationnelles précoces, un modèle interne opérant sécure permet d'avoir une bonne image des autres comme étant dignes de confiance et fiables, ce pourquoi ces personnes parviennent plus facilement à faire confiance aux autres que les personnes ayant un attachement insécure. Indirectement, un attachement sécure équipe ainsi une personne avec de meilleures stratégies pour gérer l'anxiété et la dépression. Par ailleurs plus la qualité du lien avec la figure d'attachement est bonne, plus grand sera le réconfort qu'une personne est susceptible de trouver en cherchant sa proximité.

Ici nous cherchons à vérifier si ce que nous avons codé comme étant un lien sécure à une figure spirituelle/religieuse est effectivement en lien avec des stratégies de coping efficaces au niveau de l'anxiété, de la dépression, de l'estime de soi, de la confiance aux autres et du réconfort trouvé au travers de la relation à cette figure. Cela indépendamment du fait qu'il s'agisse de patients ou de contrôles, mais selon le fait que les personnes aient été codées comme se servant d'une figure spirituelle comme d'une figure d'attachement sécure versus celles qui ont été codées comme n'investissant pas de figure spirituelle sur le mode de l'attachement ou au travers d'un lien insécure. Dans ce contexte, les critères de recrutement en lien avec la religiosité n'influencent aucunement nos analyses. C'est pourquoi nous avons inclus dans nos tests, l'ensemble de notre échantillon ($n = 46$), les patients (groupes religieux, A, B, C, D) et les participants contrôles. Comme nous l'avons testé préalablement, ces deux populations sont parfaitement comparables sur les critères de l'âge, de la répartition des sexes et du niveau de formation des parents.

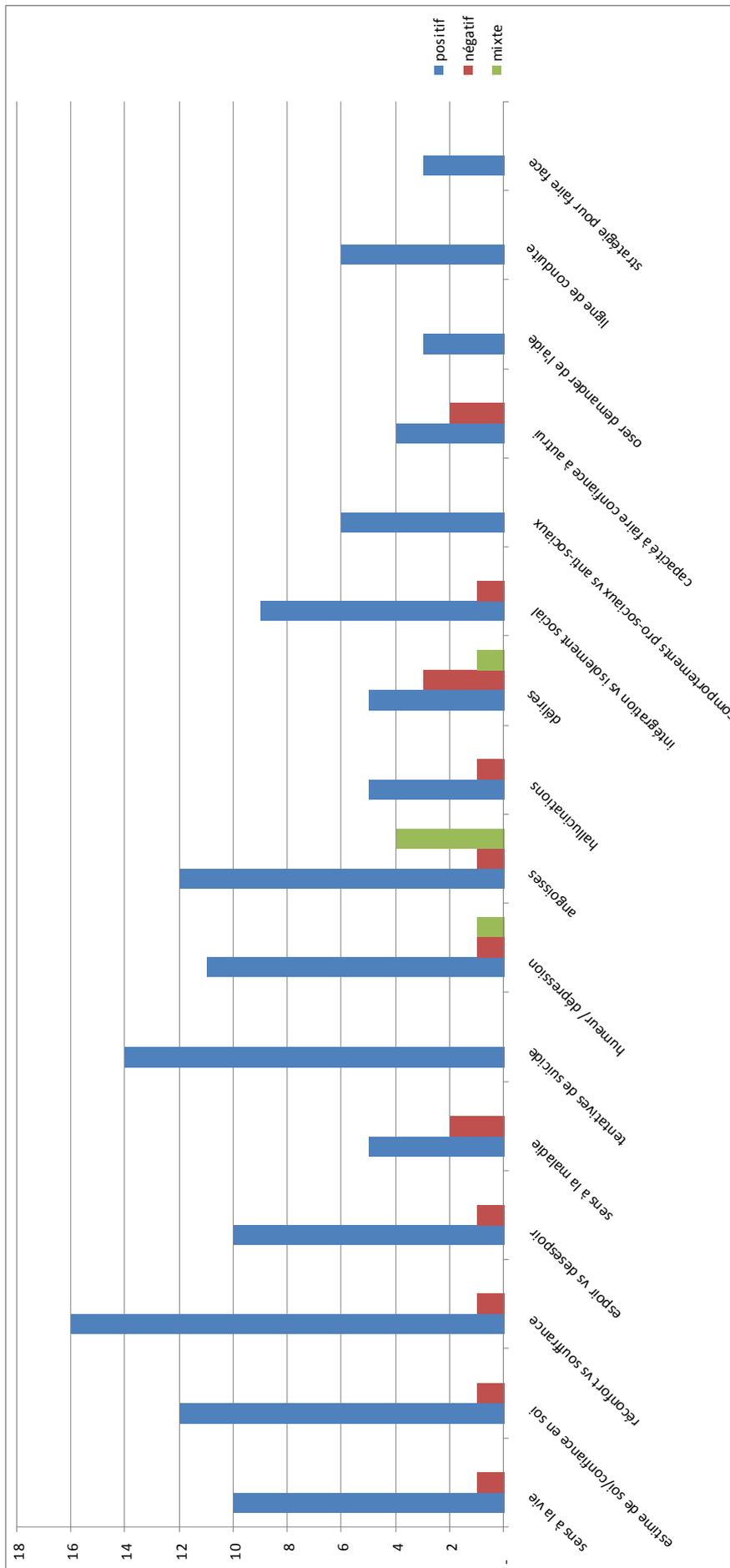


Figure 17 : Coping religieux positif, négatif et mixte des patients et participants contrôlés relatif à l'ensemble des catégories relatives à la vie

Nous avons présenté la grille d'analyse du coping spirituel dans la partie méthode. Nous avons vu alors qu'elle permettait d'évaluer si une personne parvenait par exemple à se servir du religieux de manière à trouver du réconfort, de manière à ce que ses croyances ou pratiques l'aident à mieux gérer certains symptômes ou encore ses relations aux autres. Nous avons expliqué dans la partie « méthode » que pour certaines personnes, le recours au religieux/spirituel était utile, nocif voire les deux à la fois. Dans ce graphique sont représentés tous les participants s'étant exprimés sur la relation positive, négative ou mixte de leurs croyances/pratiques spirituelles avec les différentes dimensions placées sur la ligne horizontale du graphique (n = 42 ; 24 patients et 18 participants contrôles). Nous constatons que nous avons une grande majorité de coping positif dans les différentes catégories des symptômes, de la qualité de vie et de la relation aux autres pour l'ensemble de notre échantillon.

Les études antérieures sur le coping spirituel chez des personnes souffrant de schizophrénie – l'une avec une population de 115 patients à Genève et l'autre avec une population de 121 patients au Québec – indiquent que seul pour une minorité de patient le religieux spirituel a une influence négative sur la qualité de vie et les symptômes, avec respectivement 11% et 14%. Dans notre étude, ces proportions sont tellement minimes étant donné la petite taille de l'échantillon que nous estimons qu'il n'est pas intéressant d'investiguer davantage ces chiffres au niveau statistique.

Pour répondre à notre hypothèse IV, nous avons entrepris un test χ^2 pour vérifier si les variables du coping spirituel positif – au niveau des catégories de la dépression, de l'anxiété, de la confiance accordée aux autres, de l'estime de soi et du réconfort – sont en lien avec le fait d'investir une figure spirituelle/religieuse sur un mode sûr versus le fait de ne pas investir de figure spirituelle ou de le faire sur un mode insécure.

Tableau 19 : Mesure statistique du lien entre la variable « avoir une figure d’attachement spirituelle/religieuse sécurisée » et la variable « coping positif dans les symptômes d’humeur/dépression » chez l’ensemble des participants (N = 46)

humeur / dépression								
	Coping positif humeur / dépression		Pas de coping positif humeur / dépression		Chi carré	P	Chi carré corrigé	P corrigé
	Avec FA Spi/Rel sécurisée	Sans FA Spi/Rel sécurisée	Avec FA Spi/Rel sécurisée	Sans FA Spi/Rel sécurisée				
Nombre	14	6	6	20	10.13	0.0015	n.a.	n.a.

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 5% si $p < 0.05$ (1 degré de liberté)

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 1% si $p < 0.01$ (1 degré de liberté)

n.a. : non applicable, pas de sous-catégorie inférieure ou égale à 5

Selon notre premier test, il y a un lien entre le fait d’avoir une figure d’attachement spirituelle/religieuse sécurisée et le coping positif dans les symptômes d’humeur/dépression : $\chi^2(1, N=46)=10.13, p=0.0015 < 0.01$. Le Φ , indiquant l’intensité de la relation entre les deux variables (entre 0 et 1), est ici de 0.47. On peut donc conclure qu’il y a une covariation entre la variable « avoir une figure d’attachement spirituelle/religieuse sécurisée » et « le coping positif dans les symptômes d’humeur/dépression ».

Tableau 20 : Mesure statistique du lien entre la variable « avoir une figure d’attachement spirituelle/religieuse sécurisée » et la variable « coping positif dans les symptômes d’angoisse » chez l’ensemble des participants (N = 46)

angoisses								
	Coping positif angoisses		Pas de coping positif angoisses		Chi carré	P	Chi carré corrigé	P corrigé
	Avec FA Spi/Rel sécurisée	Sans FA Spi/Rel sécurisée	Avec FA Spi/Rel sécurisée	Sans FA Spi/Rel sécurisée				
Nombre	16	10	4	16	7.94	0.0048	6.34	0.012

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 5% si $p < 0.05$ (1 degré de liberté)

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 1% si $p < 0.01$ (1 degré de liberté)

Selon notre deuxième test, il y a une covariation entre le fait d’avoir une figure d’attachement spirituelle/religieuse sécurisée et le coping positif dans les symptômes d’angoisses : $\chi^2(1, N=46)=7.94, p=0.0048 < 0.01$. Cette covariation se retrouve également avec un χ^2 corrigé (nécessaire lorsque certains des effectifs sont inférieurs à 6) : χ^2 corrigé

(1, N=46)=6.34, $p=0.012 < 0.05$. Le Φ , indiquant l'intensité de la relation entre les deux variables (entre 0 et 1), est ici de 0.42 et le Φ corrigé de 0.37. On peut donc conclure qu'il y a une covariation entre la variable « avoir une figure d'attachement spirituelle/religieuse sécurisée » et « le coping positif dans les symptômes d'angoisses ».

Tableau 21 : Mesure statistique du lien entre la variable « avoir une figure d'attachement spirituelle/religieuse sécurisée » et la variable « coping positif dans la capacité à faire confiance à autrui » chez l'ensemble des participants (N = 46)

capacité à faire confiance à autrui								
	Coping positif capacité à faire confiance à autrui		Pas de coping positif capacité à faire confiance à autrui		Chi carré	P	Chi carré corrigé	P corrigé
	Avec FA	Sans FA	Avec FA	Sans FA				
	Spi/Rel	Spi/Rel	Spi/Rel	Spi/Rel				
	sécurisée	sécurisée	sécurisée	sécurisée				
Nombre	11	2	9	24	12.48	0.00041	10.25	0.0014

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 5% si $p < 0.05$ (1 degré de liberté)

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 1% si $p < 0.01$ (1 degré de liberté)

Selon notre troisième test, il y a une covariation entre le fait d'avoir une figure d'attachement spirituelle/religieuse sécurisée et le coping positif dans la capacité à faire confiance à autrui : χ^2 (1, N=46)=12.48, $p=0.00041 < 0.01$. Cette covariation se retrouve également avec un χ^2 corrigé (nécessaire lorsque certains des effectifs sont inférieurs à 6) : χ^2 corrigé (1, N=46)=10.25, $p=0.0014 < 0.01$. Le Φ , indiquant l'intensité de la relation entre les deux variables (entre 0 et 1), est ici de 0.52 et le Φ corrigé de 0.47. On peut donc conclure qu'il y a une covariation entre la variable « avoir une figure d'attachement spirituelle/religieuse sécurisée » et « le coping positif dans la capacité à faire confiance à autrui ».

Tableau 22 : Mesure statistique du lien entre la variable « avoir une figure d’attachement spirituelle/religieuse sécurisée » et la variable « coping positif en lien avec l’estime de soi et la confiance en soi » chez l’ensemble des participants

estime de soi / confiance en soi								
	Coping positif estime de soi / confiance en soi		Pas de coping positif humeur / dépression (sauf D)		Chi carré	P	Chi carré corrigé	P corrigé
	Avec FA	Sans FA	Avec FA	Sans FA				
	Spi/Rel sécurisée	Spi/Rel sécurisée	Spi/Rel sécurisée	Spi/Rel sécurisée				
Nombre	17	5	3	21	19.60	0.000010	17.05	0.000036

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 5% si $p < 0.05$ (1 degré de liberté)

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 1% si $p < 0.01$ (1 degré de liberté)

Selon le quatrième test, il y a une covariation entre le fait d’avoir une figure d’attachement spirituelle/religieuse sécurisée et le coping positif dans l’estime de soi / la confiance en soi : χ^2 (1, N=46)=19.60, $p=0.000010 < 0.01$. Cette covariation se retrouve également avec un χ^2 corrigé (nécessaire lorsque certains des effectifs sont inférieurs à 6) : χ^2 corrigé (1, N=46)=17.06, $p=0.000036 < 0.01$. Le Φ , indiquant l’intensité de la relation entre les deux variables (entre 0 et 1), est ici de 0.65 et le Φ corrigé de 0.60. On peut donc conclure qu’il y a une covariation entre la variable « avoir une figure d’attachement spirituelle/religieuse sécurisée » et « le coping positif dans l’estime de soi / la confiance en soi ».

Tableau 23 : Mesure statistique du lien entre la variable « avoir une figure d’attachement spirituelle/religieuse sécurisée » et la variable « trouver du réconfort dans le religieux/spirituel » chez l’ensemble des participants (N = 46)

réconfort / souffrance								
	Coping positif réconfort / souffrance		Pas de coping positif réconfort / souffrance		Chi carré	P	Chi carré corrigé	P corrigé
	Avec FA	Sans FA	Avec FA	Sans FA				
	Spi/Rel sécurisée	Spi/Rel sécurisée	Spi/Rel sécurisée	Spi/Rel sécurisée				
Nombre	17	13	3	13	6.10	0.013	4.66	0.031

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 5% si $p < 0.05$ (1 degré de liberté)

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 1% si $p < 0.01$ (1 degré de liberté)

Selon le cinquième test, il y a une covariation entre le fait d'avoir une figure d'attachement spirituelle/religieuse sécurisée et le fait de trouver du réconfort dans le religieux/spirituel : $\chi^2(1, N=46)=6.10, p=0.013 < 0.05$. Cette covariation se retrouve également avec un χ^2 corrigé (nécessaire lorsque certains des effectifs sont inférieurs à 6) : χ^2 corrigé (1, N=46)=4.66, $p=0.031 < 0.05$. Le Φ , indiquant l'intensité de la relation entre les deux variables (entre 0 et 1), est ici de 0.36 et le Φ corrigé de 0.32. On peut donc conclure qu'il y a une covariation entre la variable « avoir une figure d'attachement spirituelle/religieuse sécurisée » et le fait de trouver du réconfort dans le religieux/spirituel.

Cela ne veut pas dire que le coping spirituel positif pour ces dimensions dépend entièrement du fait d'investir une figure spirituelle/religieuse sur le mode de l'attachement. Certaines personnes se servent du religieux autrement qu'en y projetant des dynamiques d'attachement. Ce que nos résultats montrent, c'est que l'investissement d'une figure spirituelle sur un mode d'attachement sécurisée augmente les chances de trouver du réconfort dans le religieux et de pouvoir s'appuyer dessus pour gérer les angoisses et l'humeur, parvenir à mieux faire confiance aux autres et améliorer l'estime de soi. Nous pouvons donc confirmer l'hypothèse IX.

Ces résultats invitent à investiguer davantage l'effet qu'a l'investissement d'une figure spirituelle sur un mode d'attachement sécurisée sur les symptômes des patients. Plus haut nous avons vu que les patients ayant un attachement sécurisée étaient moins symptomatiques que ceux ayant un attachement insécurisée sur les moyennes du BPRS. Nous choisissons à présent de vérifier si le fait d'avoir un modèle interne opérant sécurisée humain ou religieux permet d'être moins symptomatique. En d'autres termes, nous allons comparer les moyennes des symptômes entre les patients ayant un attachement sécurisée (AAI) et ceux des patients investissant une figure d'attachement sur un mode sécurisée avec ceux qui sont insécurisés (AAI) et qui n'investissent pas de figure spirituelle/religieuse ou le font sur un mode insécurisée. Il se trouve que le premier groupe (sécurisée ou figure d'attachement religieuse/spirituelle sécurisée) est moins symptomatique que le deuxième groupe (insécurisée ou pas de figure spirituelle/religieuse d'attachement sur un mode sécurisée). La moyenne des moyennes du premier groupe correspond à 1.72, avec un écart-type de 0.45 ; la moyenne des moyennes du deuxième groupe correspond à 2.32 avec un écart-type de 0.30. Cette différence de moyennes est statistiquement significative : $t(28) = 4.25, p < 0.00022$, bilatéral.

Nous avons donc décidé d'affiner nos analyses en prenant en compte chacun des symptômes individuellement.

Tableau 24 : Comparaison entre les moyenne de l'intensité de symptômes entre le groupe des patients disposant d'un modèle interne opérant sécure (vis-à-vis des premières figures d'attachement ou de la figure spirituelle) versus ceux qui ne disposent d'aucun modèle interne opérant sécure

BPRS	Moyenne (1) N = 11	Ecart-type (1)	Moyenne (2) N = 17	Ecart-type (2)	T Student	P	
1. préoccupations somatiques	1.73	0.90	2.94	1.56	2.33	0.028	*
2. anxiété	2.73	0.90	4.53	0.87	5.26	0.000017	**
3. dépression	2.82	1.25	4.00	1.06	2.69	0.012	*
4. tendances suicidaires	1.82	1.08	2.53	1.18	1.61	0.12	
5. sentiment de culpabilité	1.55	0.52	2.88	1.62	2.64	0.014	*
6. hostilité	1.45	0.69	1.76	0.75	1.10	0.28	
7. humeur élevée	1.73	1.01	1.12	0.33	2.32	0.028	*
8. mégalomanie	1.91	1.64	1.59	1.37	0.56	0.58	
9. suspicion	2.00	1.18	3.76	0.90	4.47	0.00014	**
10. hallucinations	2.91	2.12	2.88	1.41	0.04	0.97	
11. pensées inhabituelles	2.73	1.95	3.41	1.50	1.05	0.31	
12. comportements bizarres	1.64	0.81	1.65	0.70	0.04	0.97	
13. négligence personnelle	1.64	1.03	2.59	1.46	1.88	0.072	
14. désorientation	1.09	0.30	1.59	1.12	1.43	0.16	
15. désorganisation conceptuelle	1.27	0.47	2.47	1.42	2.69	0.012	*
16. affect émoussé	1.45	0.82	2.29	1.36	1.84	0.078	
17. retrait émotionnel	1.55	0.82	2.59	1.33	2.33	0.028	*
18. ralentissement moteur	1.09	0.30	2.18	1.07	3.25	0.0032	**
19. tension	2.00	1.18	2.53	1.33	1.07	0.29	
20. non coopération	1.27	0.65	1.24	0.56	0.16	0.87	
21. excitation	1.36	0.67	1.35	0.61	0.04	0.97	
22. distractabilité	1.36	0.67	1.59	1.12	0.60	0.56	
23. hyperactivité motrice	1.18	0.40	1.00	-	1.87	0.072	
24. maniérisme et attitudes	1.09	0.30	1.18	0.53	0.49	0.63	

Différence de moyenne significative à x% si $p < 0.0X$ (test bilatéral)

* différence significative à 5%

** différence significative à 1%

Le tableau ci-dessus apporte des résultats très intéressants. Il se trouve que le premier groupe (sécure ou figure d'attachement religieuse/spirituelle sécure) est statistiquement moins symptomatique que le deuxième groupe (insécure ou pas de figure spirituelle/religieuse d'attachement sur un mode sécure) de manière très significative (à 1%) sur les dimensions de l'anxiété, de la suspicion et du ralentissement moteur, ou significative (à 5%) sur les dimensions des préoccupations somatiques, de la dépression, de la culpabilité, du retrait émotionnel et de la désorganisation conceptuelle. On constate de nouveau que ces symptômes sont en grande partie liés avec les modèles internes opérants de l'attachement. Ici nous avons pu mesurer la présence de modèles internes opérants sécures versus insécures, soit au travers du AAI, soit au travers de l'investigation du

monde fantasmagorique spirituel de la personne. La théorie de l'attachement nous enseigne que le fait d'avoir une base sécurisée permet le développement de modes de coping plus adaptables, flexibles et efficaces pour faire face aux difficultés dans la vie. Nos résultats vont en effet dans ce sens. Par contre, on remarque que le premier groupe est plus symptomatique sur la variable de l'humeur élevée que le deuxième, avec un seuil de significativité de 5%. Rappelons que ces scores restent malgré tout très bas, néanmoins les patients pour lesquels nous avons indiqué des chiffres supérieurs à 1 sont des patients qui montraient une grande excitation ou joie légèrement hypomane en lien avec les dimensions du religieux en particulier. On peut donc imaginer que le lien à une figure spirituelle peut être vécu par la personne comme encore plus fort si elle tend à présenter des signes d'hypomanie.

Rappelons que les patients qui ont participé à cette étude sont des personnes qui souffrent d'un trouble psychique chronique extrêmement handicapant depuis de nombreuses années pour la plupart. Néanmoins les deux tableaux ci-dessus, l'un portant sur le coping religieux et l'autre sur la moyenne des symptômes, montrent que le fait d'avoir un modèle interne opérant sécurisé est un meilleur pronostic pour l'évolution de la pathologie, particulièrement au travers des stratégies de coping.

Pour vérifier si effectivement l'effet d'avoir une relation sécurisée à une figure spirituelle ou pas pouvait réellement avoir un effet d'atténuation sur les symptômes mesurés par le BPRS, nous avons comparé les moyennes des symptômes en excluant les sécurisés (AAI). En d'autres termes, nous comparons les moyennes des symptômes des insécurisés investissant une figure spirituelle/religieuse sur un mode sécurisé et les moyennes des symptômes de ceux qui n'en investissent pas du tout ou sur un mode insécurisé. Il se trouve que le premier groupe (insécurisés investissant une figure spirituelle/religieuse sur un mode sécurisé) est moins symptomatique que le deuxième groupe (insécurisé n'investissant pas de figure spirituelle/religieuse sur le mode de l'attachement, ou cela de manière insécurisée). La moyenne des moyennes du premier groupe correspond à 2.04, avec un écart-type de 0.26 ; la moyenne des moyennes du deuxième groupe correspond à 2.32 avec un écart-type de 0.30. Cette différence de moyennes n'est pas statistiquement significative, même avec un seuil de 5% : $t(22) = 1.88$, $p < 0.073$, bilatéral.

Nous avons alors décidé d'affiner nos analyses en prenant en compte chacun des symptômes individuellement.

Tableau 25 : Comparaison entre les moyenne de l'intensité de symptômes entre le groupe des patients disposant d'un modèle interne opérant insécure en lien avec leurs premières figures d'attachement mais sécure en lien avec une figure spirituelle versus ceux qui ne disposent d'aucun modèle interne opérant sécure ni avec leurs premières figures d'attachement ni avec une figure spirituelle

BPRS	Moyenne (1) N = 5	Ecart-type (1)	Moyenne (2) N = 17	Ecart-type (2)	T Student	P
1. préoccupations somatiques	2.00	1.22	2.94	1.56	1.23	0.23
2. anxiété	3.20	0.84	4.53	0.87	3.01	0.0057 **
3. dépression	3.40	1.14	4.00	1.06	1.10	0.28
4. tendances suicidaires	2.00	1.22	2.53	1.18	0.88	0.39
5. sentiment de culpabilité	1.60	0.55	2.88	1.62	1.72	0.097
6. hostilité	1.60	0.89	1.76	0.75	0.41	0.68
7. humeur élevée	2.00	1.22	1.12	0.33	2.78	0.0099 *
8. mégalomanie	2.80	2.17	1.59	1.37	1.52	0.14
9. suspicion	2.60	1.34	3.76	0.90	2.27	0.031 *
10. hallucinations	3.60	1.67	2.88	1.41	0.96	0.34
11. pensées inhabituelles	3.80	1.30	3.41	1.50	0.52	0.61
12. comportements bizarres	1.80	0.84	1.65	0.70	0.41	0.68
13. négligence personnelle	1.80	1.30	2.59	1.46	1.08	0.29
14. désorientation	1.00	-	1.59	1.12	1.15	0.26
15. désorganisation conceptuelle	1.40	0.55	2.47	1.42	1.63	0.12
16. affect émoussé	1.20	0.45	2.29	1.36	1.75	0.093
17. retrait émotionnel	1.80	1.10	2.59	1.33	1.21	0.24
18. ralentissement moteur	1.20	0.45	2.18	1.07	1.96	0.061
19. tension	2.40	1.14	2.53	1.33	0.20	0.85
20. non coopération	1.60	0.89	1.24	0.56	1.12	0.27
21. excitation	1.80	0.84	1.35	0.61	1.33	0.19
22. distractabilité	1.80	0.84	1.59	1.12	0.39	0.70
23. hyperactivité motrice	1.40	0.55	1.00	-	3.21	0.0035 **
24. maniérisme et attitudes	1.20	0.45	1.18	0.53	0.09	0.93

Différence de moyenne significative à x% si $p < 0.0X$ (test bilatéral)

* différence significative à 5%

** différence significative à 1%

On observe que le premier groupe (les patients ayant une relation sécure à leur figure spirituelle/religieuse) est statistiquement moins symptomatique que le deuxième groupe (les patients n'ayant pas de relation sécure à leur figure d'attachement spirituelle/religieuse). Cela de manière très significative (à 1%) sur la dimension de l'anxiété et de manière significative (à 5%) sur la dimension de la suspicion. Selon la théorie de l'attachement, une base sécure devrait permettre de réduire l'anxiété, d'améliorer la représentation qu'une personne a des autres et de l'aider à mieux leur faire confiance, ce qui explique la diminution de la suspicion.

Il se trouve que les patients ayant été cotés comme ayant un attachement sécure à une figure spirituelle sont plus symptomatiques au niveau de l'hyperactivité motrice que ceux n'ayant pas de relation sécure à leur figure d'attachement spirituelle/religieuse. De

nouveau, le symptôme d'hyperactivité reste très faible dans tout l'échantillon. Rappelons à ce sujet les études sur l'interaction des expressions des gènes en lien avec le type d'attachement. Le chercheur allemand Zimmerman, ayant travaillé avec le couple de chercheurs Grossman & Grossman, a pu montrer qu'un attachement sécure permet paradoxalement de diminuer significativement l'expression de l'hyperactivité décelée génétiquement (Zimmermann et al., 2009). Nos résultats ne vont pas de sens, néanmoins nous ne saurions les interpréter à l'aide de la théorie de l'attachement.

De nouveau, nous constatons que ceux ayant une relation sécure à leur figure religieuse/spirituelle sont plus symptomatiques que les autres au niveau de l'humeur élevée. Encore une fois, il est difficile d'interpréter ces résultats en regard de la théorie de l'attachement. On peut cependant imaginer que les personnes étant plus symptomatiques sur l'humeur élevée tendent également à se montrer plus créatives, plus inventives voire plus actives dans leur monde fantasmagorique, également religieux, durant leur phase légèrement hypomane que les autres.

Nous passerons à présent à l'examen des hypothèses secondaires. Elle ne sont pas centrales à ce travail mais comme nous disposons des informations nécessaires pour les tester, nous estimons qu'il peut paraître utile d'aller plus loin que les dimensions principales examinées dans les neuf premières hypothèses.

Hypothèse secondaire 1 : Nous postulons que nous observerons plus de coping positif sur plus de dimensions (symptômes, qualité de vie, relation aux autres) chez les personnes ayant une figure spirituelle/religieuse qu'elles investissent comme une figure d'attachement que chez celles qui n'en n'ont pas (patients et sujets contrôles confondus).

Tableau 26 : Evaluation statistique du lien entre la variable « investir une figure spirituelle spirituel sur le mode de l'attachement quel que soit le type sécure ou insécure » et la variable « exploiter le religieux/spirituel de manière à mieux gérer les symptômes d'humeur/dépression »

humeur / dépression								
	Coping positif humeur / dépression		Pas de coping positif humeur / dépression		Chi carré	P	Chi carré corrigé	P corrigé
	Avec FA	Sans FA	Avec FA	Sans FA				
	Spi/Rel	Spi/Rel	Spi/Rel	Spi/Rel				
Nombre	18	2	14	12	6.98	0.0082	5.38	0.020

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 5% si $p < 0.05$ (1 degré de liberté)

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 1% si $p < 0.01$ (1 degré de liberté)

Selon notre premier test, il y a une covariance entre le fait d'avoir une figure d'attachement spirituelle/religieuse et le coping positif dans les symptômes d'humeur/dépression : χ^2 (1, N=46)=6.98, $p=0.0082 < 0.01$. Cette covariance se retrouve également avec un χ^2 corrigé (nécessaire lorsque certains des effectifs sont inférieurs à 6) : χ^2 corrigé (1, N=46)=5.38, $p=0.020 < 0.05$. Le Φ , indiquant l'intensité de la relation entre les deux variables (entre 0 et 1), est ici de 0.38 et le Φ corrigé de 0.34. On peut donc conclure qu'il y a un fort lien de covariance entre le fait d'avoir une figure d'attachement spirituelle/religieuse et le coping positif dans les symptômes d'humeur/dépression.

Tableau 27 : Evaluation statistique du lien entre la variable « investir une figure spirituelle spirituel sur le mode de l'attachement quel que soit le type sécure ou insécure » et la variable « exploiter le religieux/spirituel de manière à mieux gérer les symptômes d'angoisse»

angoisses								
	Coping positif angoisses		Pas de coping positif angoisses		Chi carré	P	Chi carré corrigé	P corrigé
	Avec FA	Sans FA	Avec FA	Sans FA				
	Spi/Rel	Spi/Rel	Spi/Rel	Spi/Rel				
Nombre	23	3	9	11	10.09	0.0015	8.14	0.0043

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 5% si $p < 0.05$ (1 degré de liberté)

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 1% si $p < 0.01$ (1 degré de liberté)

Selon notre deuxième test, il y a une covariance entre le fait d'avoir une figure d'attachement spirituelle/religieuse et le coping positif dans les symptômes d'angoisses : χ^2 (1, N=46)=10.09, $p=0.0015 < 0.01$. Cette covariance se retrouve également avec un χ^2 corrigé (nécessaire lorsque certains des effectifs sont inférieurs à 6) : χ^2 corrigé (1,

N=46)=8.14, $p=0.0043 < 0.01$. Le Φ , indiquant l'intensité de la relation entre les deux variables (entre 0 et 1), est ici de 0.47 et le Φ corrigé de 0.42. On peut donc conclure qu'il y a un lien de covariance extrêmement fort entre le fait d'avoir une figure d'attachement spirituelle/religieuse et le coping positif dans les symptômes d'angoisses.

Tableau 28 : Evaluation statistique du lien entre la variable « investir une figure spirituelle spirituel sur le mode de l'attachement quel que soit le type sécure ou insécure » et la variable « exploiter le religieux/spirituel de manière à parvenir à mieux faire confiance à autrui »

capacité à faire confiance à autrui								
	Coping positif		Pas de coping positif		Chi carré	P	Chi carré corrigé	P corrigé
	capacité à faire		capacité à faire					
	confiance à autrui		confiance à autrui					
	Avec FA	Sans FA	Avec FA	Sans FA				
	Spi/Rel	Spi/Rel	Spi/Rel	Spi/Rel				
Nombre	12	1	20	13	4.43	0.035	3.06	0.080

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 5% si $p < 0.05$ (1 degré de liberté)

Selon notre troisième test, il y a une covariance entre le fait d'avoir une figure d'attachement spirituelle/religieuse et le coping positif dans la capacité à faire confiance à autrui : $\chi^2(1, N=46)=4.43, p=0.035 < 0.05$. Cette covariance ne se retrouve plus avec un χ^2 corrigé (nécessaire lorsque certains des effectifs sont inférieurs à 6) avec un seuil de 5% : χ^2 corrigé (1, N=46)=3.06, $p=0.080 > 0.05$. Le Φ , indiquant l'intensité de la relation entre les deux variables (entre 0 et 1), est ici de 0.31 et le Φ corrigé de 0.26. On peut donc conclure qu'il y a un lien de covariance entre le fait d'avoir une figure d'attachement spirituelle/religieuse et le coping positif dans la capacité à faire confiance à autrui, mais qu'il est statistiquement faible.

Il se trouve que les χ^2 mesurant le lien entre le coping positif (au niveau de l'humeur/dépression, des angoisses et de la capacité à faire confiance à autrui) et le fait d'investir une figure spirituelle sur le mode de l'attachement sont significatifs à un seuil de sécurité de 1%. Or parmi ce total de 32 patients et sujets contrôles investissant une figure spirituelle sur le mode de l'attachement, 20 (63%) ont une relation sécure avec celle-ci et 12 (38%) ont une relation insécure avec elle.

Tableau 29 : Evaluation statistique du lien entre la variable « investir une figure spirituelle spirituel sur le mode de l’attachement quel que soit le type sécure ou insécure » et la variable « exploiter le religieux/spirituel au service de l’estime de soi ».

estime de soi / confiance en soi								
	Coping positif		Pas de coping positif		Chi carré	P	Chi carré corrigé	P corrigé
	estime de soi / confiance en soi		estime de soi / confiance en soi					
	Avec FA	Sans FA	Avec FA	Sans FA				
	Spi/Rel	Spi/Rel	Spi/Rel	Spi/Rel				
Nombre	17	5	15	9	1.18	0.277	0.59	0.443

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 5% si $p < 0.05$ (1 degré de liberté)

Selon notre quatrième test, il n’y a pas de covariance entre le fait d’avoir une figure d’attachement spirituelle/religieuse et le coping positif au niveau de l’estime de soi : χ^2 (1, N=46)=1.18, $p=0.277 > 0.05$. On peut donc conclure qu’il n’y a pas de lien de covariance entre le fait d’avoir une figure d’attachement spirituelle/religieuse et le coping positif au niveau de l’estime de soi.

Tableau 30 : Evaluation statistique du lien entre la variable « investir une figure spirituelle spirituel sur le mode de l’attachement quel que soit le type sécure ou insécure » et la variable « trouver du réconfort dans l’exploitation du religieux/spirituel »

réconfort / souffrance								
	Coping positif		Coping positif		Chi carré	P	Chi carré corrigé	P corrigé
	réconfort / souffrance		réconfort / souffrance					
	Avec FA	Sans FA	Avec FA	Sans FA				
	Spi/Rel	Spi/Rel	Spi/Rel	Spi/Rel				
Nombre	24	6	8	8	4.44	0.035	n.a.	n.a.

Les deux variables sont dépendantes avec un seuil de 5% si $p < 0.05$ (1 degré de liberté)
n.a. : non applicable, pas de sous-catégorie inférieure ou égale à 5

Selon notre cinquième test, il y a une covariance entre le fait d’avoir une figure d’attachement spirituelle/religieuse et le coping positif de réconfort vs. souffrance : χ^2 (1, N=46)=4.44, $p=0.035 < 0.05$. Le Φ , indiquant l’intensité de la relation entre les deux variables (entre 0 et 1), est ici de 0.31. On peut donc conclure qu’il y a une covariance entre le fait d’avoir une figure d’attachement spirituelle/religieuse et le fait de trouver du réconfort dans le religieux/spirituel.

On peut donc conclure qu’en termes de coping sur la majorité des dimensions investiguées touchées par les modèles internes opérants, il est toujours encore mieux

d'avoir une figure spirituelle investie sur le mode de l'attachement, même insécure, que de ne pas en avoir.

Dans ce sens nous pouvons confirmer l'hypothèse secondaire 1.

7.10 Développement d'une religiosité basée sur l'attachement à une figure spirituelle/religieuse et le coping spirituel

Les questions du développement d'une religiosité ou encore des changements religieux au cours de la vie ne sont pas les questions principales de notre travail. Il se trouve néanmoins que nous avons récolté des informations intéressantes sur la religiosité des participants durant leur enfance, à savoir : leur éducation religieuse, leurs croyances et pratiques, celles de leurs parents ainsi que les types de changements religieux qu'ils ont vécus au cours de leur vie. Nous avons donc décidé d'investiguer davantage ces dimensions en lien avec la religiosité à l'âge adulte, le coping spirituel à l'âge adulte et le type d'attachement.

***Hypothèse secondaire 3 :** Les personnes ayant eu une éducation religieuse durant leur enfance ont plus de chances d'investir une figure spirituelle/religieuse sur le mode de l'attachement à l'âge adulte si elles ont un attachement sécure versus insécure. Les personnes ayant eu une éducation religieuse durant leur enfance et ayant un attachement sécure rapportent que le recours au religieux/spirituel les aide de manière plus importante (avec des scores plus élevés sur les échelles de coping spirituel) à l'âge adulte que ne le font les personnes qui ont un attachement insécure.*

Pour tester l'hypothèse secondaire 3, nous avons distingué les participants qui investissent une figure spirituelle/religieuse sur le mode de l'attachement de ceux qui ne le font pas. Le coping spirituel dans nos échantillons est essentiellement positif, même lorsque nous avons identifié un coping négatif concernant une catégorie de la vie de la personne, nous constatons que sur la majorité des autres catégories le spirituel est très utile. La plupart du temps, les personnes y ont recours sous la forme de croyances, de pratiques et à travers leur relation à une figure spirituelle privilégiée. Dans de rares situations, les personnes y ont recours à travers la socialisation dans un groupe. Ces données sont probablement dues à l'orientation des questions d'entretien qui investiguaient surtout un mode de coping. La plupart du temps, nous constatons qu'une même personne a recours à diverses dimensions du religieux (prat, soc, croy, rel) en même temps pour essayer de faire face à ses difficultés dans la vie. Aussi, ceux qui investissent une figure

spirituelle/religieuse sur le mode de l'attachement par excellence ont recours non seulement à la dimension relationnelle, mais ce processus se fait également par le biais de croyances (croire en l'existence d'une figure) et de pratiques (prendre contact avec elle par la prière). Nous avons donc décidé de nous baser, pour les tests suivants, sur les échelles de coping spirituel faisant partie de l'entretien sur les croyances et pratiques spirituelles et religieuses. Ces échelles sont présentées plus en détails tout à la fin de la partie sur la grille d'analyse.

Etant donné qu'ici le but n'est pas de vérifier quelles catégories de la vie de la personne sont influencées par le religieux, ni la valeur – à savoir positif, négatif ou mixte – du coping spirituel. Les échelles de coping indiquent :

1. Si les croyances et pratiques spirituelles ou religieuses ou la relation à la figure spirituelle aide/nt pour faire face aux difficultés de manière générale dans la vie.
2. Si les croyances et pratiques spirituelles ou religieuses ou la relation à la figure spirituelle aide/nt à donner du sens à la vie/à la maladie.
3. Si les croyances et pratiques spirituelles ou religieuses ou la relation à la figure spirituelle donne/nt du réconfort. A chacune de ces trois questions les participants ont pu répondre par : pas du tout, un peu, beaucoup ou totalement. Ces quatre réponses possibles ont été traduites par une échelle allant respectivement de 1 à 4.

Comparaison du lien entre une éducation religieuse durant l'enfance et de l'efficacité accordée au coping religieux/spirituel à l'âge adulte, chez ceux ayant un attachement sécure aux parents et chez ceux ayant un attachement insécure aux parents

Ici nous comparons les personnes ayant eu une éducation religieuse durant l'enfance et celles n'en ayant pas eu, dans deux sous-populations : les sécures et les insécures.

Tableau 31 : A partir des échelles de coping quantitatives, on compare dans ce tableau si à l'âge adulte le recours au religieux est considéré comme plus aidant par les personnes ayant eu une éducation religieuse durant l'enfance selon si elles ont un attachement de type sécuritaire ou insécure à leurs premières figures d'attachement (cela au niveau des dimensions 1. « faire face aux difficultés », 2. « donner du sens à la vie, à la maladie », 3. « donner du réconfort »)

<i>Sécuritaires</i>						
les croyances et pratiques spirituelles/religieuses:	Moyenne (1) N = 16	Ecart-type (1)	Moyenne (2) N = 3	Ecart-type (2)	T Student	P
1. aide/nt pour faire face aux difficultés	3.38	0.60	1.67	0.94	4.18	0.00063 **
2. aide/nt a donner du sens à la vie/à la maladie	3.44	0.79	1.67	0.94	3.48	0.0028 **
3. donne/nt du réconfort	3.31	0.58	2.00	1.41	2.85	0.011 *

Nb: échelle allant de 1 à 4

<i>Insécuritaires</i>						
les croyances et pratiques spirituelles/religieuses:	Moyenne (1) N = 25	Ecart-type (1)	Moyenne (2) N = 2	Ecart-type (2)	T Student	P
1. aide/nt pour faire face aux difficultés	2.80	0.80	1.50	0.50	2.24	0.034 *
2. aide/nt a donner du sens à la vie/à la maladie	2.56	1.20	1.00	-	1.80	0.084
3. donne/nt du réconfort	2.64	0.89	1.50	0.50	1.77	0.089

Nb: échelle allant de 1 à 4

Différence de moyenne significative à x% si $p < 0.0X$ (test bilatéral)

* différence significative à 5%

** différence significative à 1%

Parmi les personnes ayant un attachement sécuritaire, celles qui ont eu une éducation religieuse durant l'enfance rapportent en effet à l'âge adulte que le recours à des croyances et pratiques spirituelles/religieuses pour faire face aux difficultés de manière générale dans la vie les aide de manière plus importante que celles qui n'en ont pas eu : $t(17) = 4.18$, $p < 0.01$, bilatéral.

Parmi les personnes ayant un attachement insécure, celles qui ont eu une éducation religieuse durant l'enfance rapportent également à l'âge adulte que le recours à des croyances et pratiques spirituelles/religieuses pour faire face aux difficultés de manière générale dans la vie les aide de manière plus importante que celles qui n'en ont pas eu, même si la différence est moins marquée : $t(25) = 2.24$, $p < 0.05$, bilatéral.

Parmi les personnes ayant un attachement sécuritaire, celles qui ont eu une éducation religieuse durant l'enfance rapportent en effet à l'âge adulte que le recours à des croyances et pratiques spirituelles/religieuses les aide pour donner du sens à la vie/à la maladie de manière plus importante que celles qui n'en ont pas eu : $t(17) = 3.48$, $p < 0.01$, bilatéral.

Parmi les personnes ayant un attachement insécure, avoir eu une éducation religieuse ou non n'influence pas significativement l'importance de la variable « les

croyances et pratiques spirituelles/religieuses aident pour donner du sens à la vie/à la maladie » : $t(25) = 1.80, p > 0.05$, bilatéral.

Parmi les personnes ayant un attachement sécure, celles qui ont eu une éducation religieuse durant l'enfance rapportent en effet à l'âge adulte que le recours à des croyances et pratiques spirituelles/religieuses leur apporte plus de réconfort que celles qui n'en ont pas eu : $t(17) = 2.85, p < 0.05$, bilatéral.

Parmi les personnes ayant un attachement insécure, avoir eu une éducation religieuse ou non n'influence pas significativement l'importance de la variable « les croyances et pratiques spirituelles/religieuses apportent du réconfort » : $t(25) = 1.77, p > 0.05$, bilatéral.

Aussi, la variable « investir une figure religieuse/spirituelle sur le mode de l'attachement à l'âge adulte » est hautement dépendante du fait d'avoir eu une éducation religieuse durant l'enfance chez les personnes ayant un attachement sécure : $\chi^2(1, N=19)=19, p=0.000013 < 0.01$, et également avec un χ^2 corrigé (nécessaire lorsque certains des effectifs sont inférieurs à 6) χ^2 corrigé (1, N=19)=12.22, $p=0.00047 < 0.01$. Cependant, chez les personnes insécures, on ne peut pas rejeter le fait qu'elles sont indépendantes : $\chi^2(1, N=27)=3.14, p=0.076 > 0.05$, également avec un χ^2 corrigé (nécessaire lorsque certains des effectifs sont inférieurs à 6) χ^2 corrigé (1, N=27)=1.05, $p=0.30 > 0.05$.

Nous pouvons donc confirmer l'hypothèse secondaire 3.

Ces résultats laissent penser qu'un attachement sécure, en permettant à l'enfant d'explorer davantage son environnement – incluant l'environnement culturel et religieux – lui permet de développer un éventail de ressources plus riche pour faire face ensuite à des situations difficiles tout au long de sa vie. Cela laisse donc apparaître l'attachement comme une variable importante dans la transmission de traditions religieuses, culturelles et traditionnelles.

Comparaison du lien entre le fait d'avoir vu ses parents avoir recours au religieux pour faire face à des situations difficiles durant l'enfance et l'efficacité accordée au coping religieux/spirituel à l'âge adulte, chez ceux ayant un attachement sécure aux parents et chez ceux ayant un attachement insécure aux parents

Nous avons alors décidé d'aller plus loin et d'investiguer le lien entre les scores sur les échelles de coping mentionnées préalablement et la variable « avoir vu ses parents avoir

recours au religieux/spirituel pour faire face à des situations difficiles durant l'enfance ». Nous allons également vérifier si le fait d'« avoir vu ses parents avoir recours au religieux/spirituel pour faire face à des situations difficiles durant l'enfance » et le fait d'investir une figure spirituelle sur le mode de l'attachement à l'âge adulte sont deux variables dépendantes l'une de l'autre chez les sécures ainsi que chez les insécures.

Nous commençons ainsi par comparer la moyenne des scores de l'échelle de coping chez les personnes ayant vu leurs parents avoir recours au religieux/spirituel pour faire face à des situations difficiles durant leur enfance et ayant un attachement sécure (AAI) aux personnes ayant vu leurs parents avoir recours au religieux/spirituel pour faire face à des situations difficiles durant l'enfance et ayant un attachement insécure (AAI).

Tableau 32 : A partir des échelles de coping quantitatives, on compare dans ce tableau si les personnes ayant observé leurs parents avoir recours au religieux pour faire face à des situations difficiles durant l'enfance considèrent que le religieux est plus aidant à l'âge adulte si elles ont un attachement de type sécure que celles qui ont un attachement de type insécure à leurs premières figures d'attachement (cela au niveau des dimensions 1. « faire face aux difficultés », 2. « donner du sens à la vie, à la maladie », 3. « donner du réconfort »)

Sécures

les croyances et pratiques spirituelles/religieuses:	Moyenne (1)	Ecart-type (1)	Moyenne (2)	Ecart-type (2)	T Student	P
	N = 16		N = 3			
1. aide/nt pour faire face aux difficultés	3.38	0.60	1.67	0.94	4.18	0.00063 **
2. aide/nt a donner du sens à la vie/à la maladie	3.44	0.79	1.67	0.94	3.48	0.0028 **
3. donne/nt du réconfort	3.31	0.58	2.00	1.41	2.85	0.011 *

Nb: échelle allant de 1 à 4

Insécures

les croyances et pratiques spirituelles/religieuses:	Moyenne (1)	Ecart-type (1)	Moyenne (2)	Ecart-type (2)	T Student	P
	N = 25		N = 2			
1. aide/nt pour faire face aux difficultés	2.80	0.80	1.50	0.50	2.24	0.034 *
2. aide/nt a donner du sens à la vie/à la maladie	2.56	1.20	1.00	-	1.80	0.084
3. donne/nt du réconfort	2.64	0.89	1.50	0.50	1.77	0.089

Nb: échelle allant de 1 à 4

Différence de moyenne significative à x% si $p < 0.0X$ (test bilatéral)

* différence significative à 5%

** différence significative à 1%

Parmi les personnes ayant un attachement sécure, celles qui ont vu leurs parents avoir recours au spirituel pour faire face aux difficultés dans la vie rapportent en effet à l'âge adulte que le recours à des croyances et pratiques spirituelles/religieuses pour faire face aux difficultés de manière générale dans la vie les aide de manière plus importante que celles qui ne les ont pas vus : $t(19) = 4.18$, $p < 0.01$, bilatéral.

Parmi les personnes ayant un attachement insécure, celles qui ont vu leurs parents avoir recours au spirituel pour faire face aux difficultés dans la vie rapportent également à l'âge adulte que le recours à des croyances et pratiques spirituelles/religieuses pour faire face aux difficultés de manière générale dans la vie les aide de manière plus importante que celles qui ne les ont pas vus, même si la différence est moins marquée : $t(27) = 2.24$, $p < 0.05$, bilatéral.

Parmi les personnes ayant un attachement sécure, celles qui ont vu leurs parents avoir recours au spirituel pour faire face aux difficultés dans la vie rapportent en effet à l'âge adulte que le recours à des croyances et pratiques spirituelles/religieuses les aide pour donner du sens à la vie/à la maladie de manière plus importante que celles qui ne les ont pas vus : $t(19) = 3.48$, $p < 0.01$, bilatéral.

Parmi les personnes ayant un attachement insécure, avoir vu leurs parents avoir recours au spirituel pour faire face aux difficultés dans la vie ou non n'influence pas significativement l'importance de la variable « les croyances et pratiques spirituelles/religieuses aident pour donner du sens à la vie/maladie » : $t(27) = 1.80$, $p > 0.05$, bilatéral.

Parmi les personnes ayant un attachement sécure, celles qui ont vu leurs parents avoir recours au spirituel pour faire face aux difficultés dans la vie rapportent en effet à l'âge adulte que le recours à des croyances et pratiques spirituelles/religieuses leur apporte plus de réconfort que celles qui ne les ont pas vus : $t(19) = 2.85$, $p < 0.05$, bilatéral.

Parmi les personnes ayant un attachement insécure, avoir vu leurs parents avoir recours au spirituel pour faire face aux difficultés dans la vie ou non n'influence pas significativement l'importance de la variable « les croyances et pratiques spirituelles/religieuses apportent du réconfort » : $t(27) = 1.77$, $p > 0.05$, bilatéral.

Aussi, la variable « investir une figure religieuse/spirituelle sur le mode de l'attachement à l'âge adulte » est hautement dépendante du fait d'avoir vu ses parents avoir recours au religieux/spirituel pour faire face à des situations difficiles durant l'enfance chez les personnes ayant un attachement sécure : $\chi^2(1, N=19)=9.98$, $p=0.0016 < 0.01$, également avec un χ^2 corrigé (nécessaire lorsque certains des effectifs sont inférieurs à 6) mais de manière moins marquée, χ^2 corrigé (1, N=19)=5.97, $p=0.015 < 0.05$. Cette dépendance s'observe également chez les personnes insécures, bien que moins fortement : $\chi^2(1, N=27)=4.49$, $p=0.034 < 0.05$, mais avec un χ^2 corrigé (nécessaire lorsque certains

des effectifs sont inférieurs à 6) on ne peut pas rejeter le fait qu'elles sont indépendantes, χ^2 corrigé (1, N=27)=2.98, $p=0.084 > 0.05$.

En ce sens, la qualité du lien d'attachement semble également jouer un rôle dans l'apprentissage par imitation.

7.11 Changement religieux

Hypothèse secondaire 4 : Nous postulons qu'en classant l'entier de notre population patient et contrôle en deux groupes – les sécures et les insécures –, nous trouverons que le groupe des insécures manifeste significativement plus de changements d'orientation religieuse que les sécures.

Nous avons examiné la prévalence de changement religieux selon sécures-insécures et selon patients-non patients. Pour ce qui est de la comparaison entre patients et non-patients, nous avons de nouveau exclu le groupe de patients de type religieux D pour éviter des biais dus aux critères de recrutement des échantillons. Les items de la grille d'analyse sur lesquels nous nous sommes appuyés pour ces analyses sont tous ceux indiquant les changements religieux à l'adolescence et à l'âge adulte. La grille d'analyse apporte une grande quantité de détails sur les changements religieux, à savoir : d'affiliation, de pratiques seuls ou avec d'autres, de croyances, de croyances en lien avec la figure spirituelle principale et ainsi de suite (voir extrait de la grille d'analyse). Etant donné que nous nous sommes retrouvés avec une immense quantité d'informations portant sur un échantillon relativement restreint, pour entreprendre des tests statistiques nous avons décidé d'opérationnaliser les changements religieux en créant deux groupes : le groupe de ceux qui changeaient d'orientation religieuse au cours de la vie, versus le groupe de ceux qui n'en changeaient pas.

Tout d'abord en comparant le groupe de ceux ayant un attachement sécure à ceux ayant un attachement insécure en incluant le groupe de patients D :

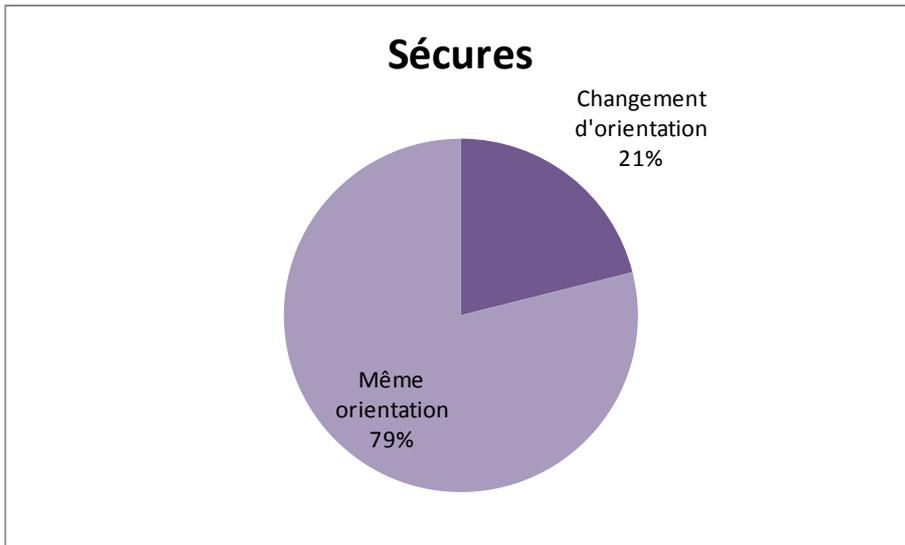


Figure 18 : Graphique circulaire représentant les proportions de patients ayant un attachement sûr et ayant changé d'orientation religieuse/spirituelle au cours de leur vie versus ceux n'ayant pas changé d'orientation religieuse/spirituelle au cours de leur vie (inclusion des groupes A, B, C et D)

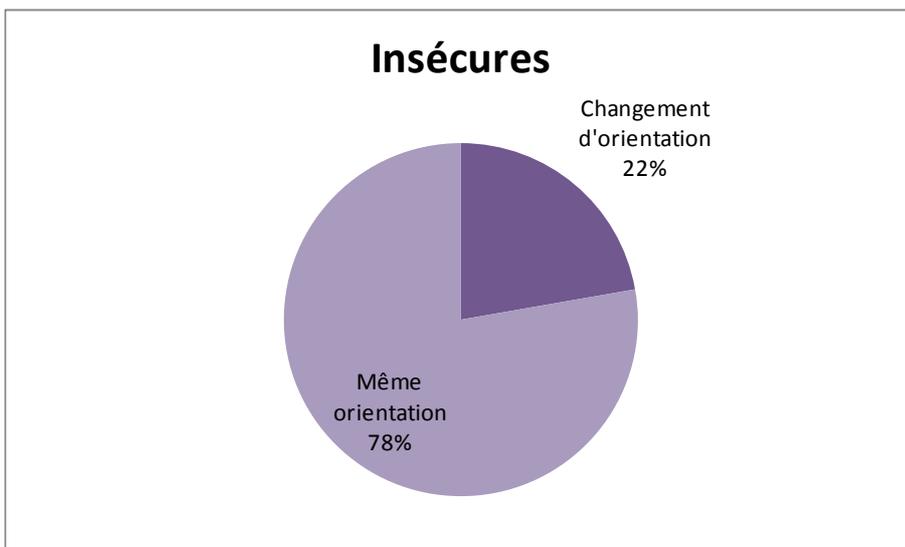


Figure 19 : Graphique circulaire représentant les proportions de patients ayant un attachement insécure et ayant changé d'orientation religieuse/spirituelle au cours de leur vie versus ceux n'ayant pas changé d'orientation religieuse/spirituelle au cours de leur vie (inclusion des groupes A, B, C et D)

Ensuite, en comparant le groupe des patients aux non patients en incluant le groupe de patients D :

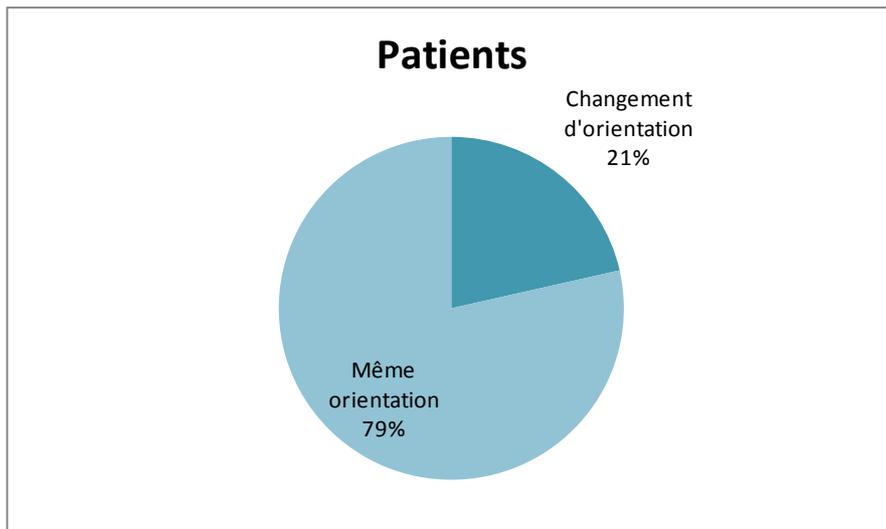


Figure 20 : Graphique circulaire représentant les proportions de patients ayant changé d'orientation religieuse/spirituelle au cours de leur vie versus ceux n'ayant pas changé d'orientation religieuse/spirituelle au cours de leur vie (inclusion des groupes A, B, C et D)

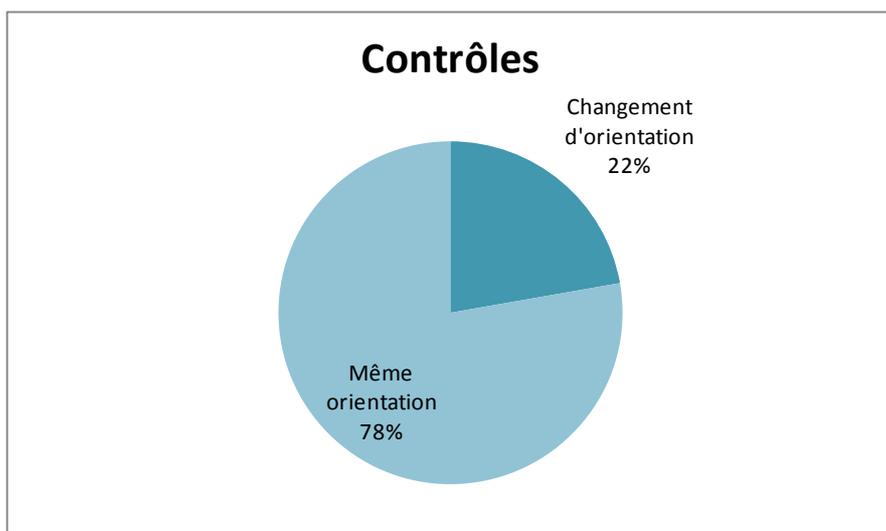


Figure 21 : Graphique circulaire représentant les proportions de participants contrôles ayant changé d'orientation religieuse/spirituelle au cours de leur vie versus ceux n'ayant pas changé d'orientation religieuse/spirituelle au cours de leur vie

Puis, en comparant le groupe des patients aux non patients en excluant le groupe de patients D :

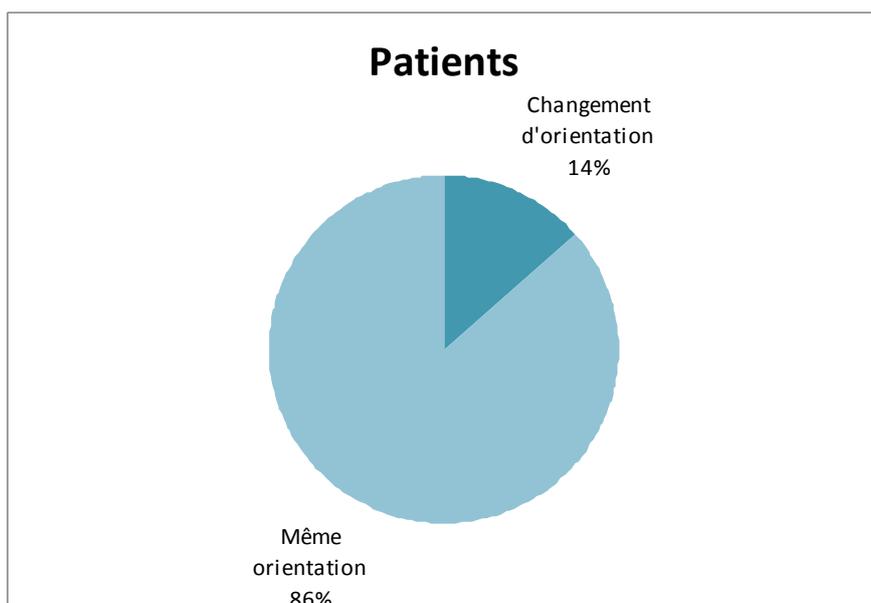


Figure 22 : Graphique circulaire représentant les proportions de patients ayant changé d'orientation religieuse/spirituelle au cours de leur vie versus ceux n'ayant pas changé d'orientation religieuse/spirituelle au cours de leur vie (inclusion des groupes A, B, C)

En prenant en compte le groupe de patients D, on observe légèrement plus de sujets contrôles qui ont changé d'orientation au cours de leur vie que de patients.

Cependant, nous ne constatons pas de différences majeures dans les changements religieux/spirituels ni selon le type d'attachement ni selon le fait qu'il s'agisse de patients ou de non patients. Nous avons donc représenté les résultats simplement sous forme de graphiques circulaires étant donné que la similitude des proportions montre qu'il n'est pas utile d'avoir recours à des tests statistiques.

Dans l'idée de l'hypothèse de correspondance, les personnes ayant un attachement insécures ont moins de chances de pouvoir se servir du religieux/spirituel comme d'un soutien efficace et ont plus tendance à abandonner leurs croyances et pratiques au cours de leur vie. Nous allons donc créer deux groupes, ceux pour qui le religieux/spirituel a gagné en importance au cours de la vie et ceux pour qui il a diminué en importance. Voici l'hypothèse que nous allons tester à partir de là :

Hypothèse secondaire 5 : Nous postulons que les personnes ayant un attachement insécure seront plus nombreuses à considérer que l'importance du religieux/spirituel a diminué au cours de leur vie que les personnes ayant un attachement sécure.

Comme mentionné préalablement, en nous appuyant sur tous les items de la grille d'analyse concernant les changements religieux à l'adolescence et à l'âge adulte, nous avons décidé de procéder à une simplification des catégories de changements en les opérationnalisant selon de nouveaux critères. En fonction de l'hypothèse 14, nous avons tenté de conceptualiser les changements religieux selon l'intensification de l'importance du religieux/spirituel au cours de la vie ou de la diminution de son importance. Pour cette comparaison entre personnes ayant un attachement sécure et personnes n'ayant pas d'attachement sécure, le fait d'être patient ou participant contrôle ne change rien, c'est pourquoi nous avons fait le test tout d'abord en incluant le groupe D, puis en l'excluant. Dans le premier cas, de nouveau on trouve environ la même répartition de personnes pour qui le religieux gagne en importance au cours de la vie et de personnes pour qui le religieux perd en importance au cours de la vie, chez les sécures et les insécures.

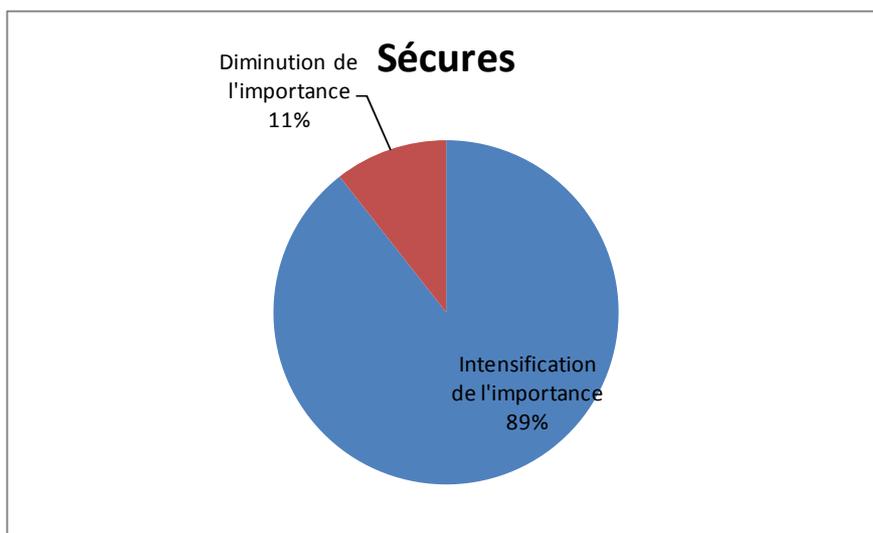


Figure 23 : Proportion de participants patients (groupe A, B, C, D) et contrôles ayant un attachement sécure pour qui le religieux a gagné en importance au cours de la vie versus ceux pour qui le religieux a perdu en importance au cours de la vie

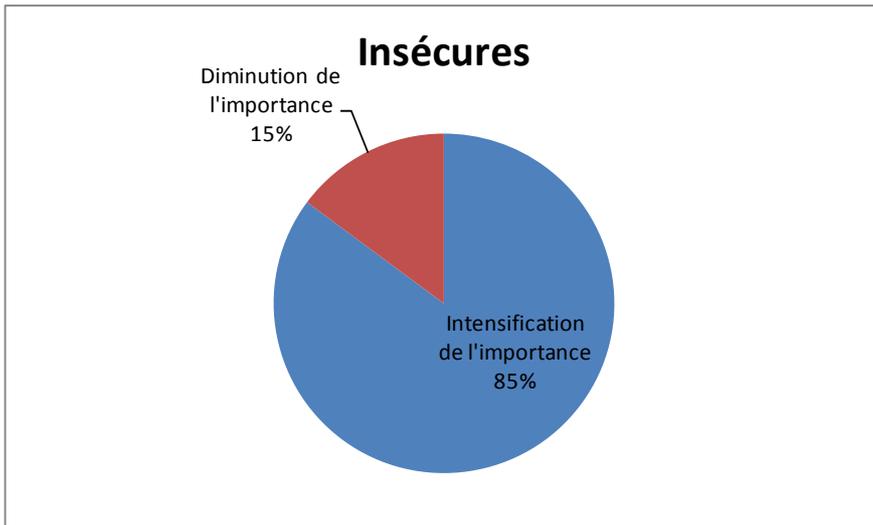


Figure 24 : Proportion de participants patients (groupe A, B, C, D) et contrôles ayant un attachement insécure pour qui le religieux a gagné en importance au cours de la vie versus ceux pour qui le religieux a perdu en importance au cours de la vie

Dans le deuxième cas, en excluant le groupe D :

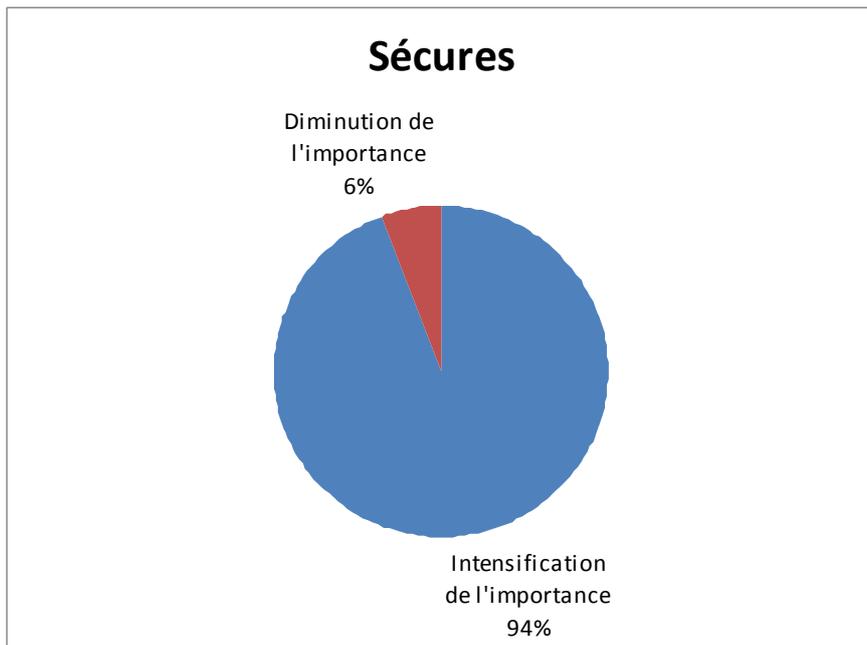


Figure 25 : Proportion de participants patients (groupe A, B, C) et contrôles ayant un attachement sécure pour qui le religieux a gagné en importance au cours de la vie versus ceux pour qui le religieux a perdu en importance au cours de la vie

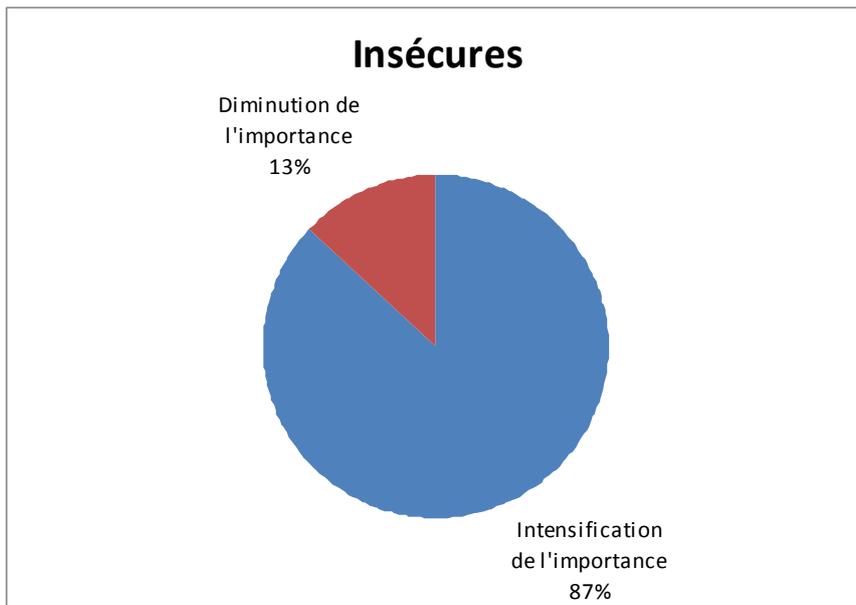


Figure 26 : Proportion de participants patients (A, B, C) et contrôles ayant un attachement insécure pour qui le religieux a gagné en importance au cours de la vie versus ceux pour qui le religieux a perdu en importance au cours de la vie

Dans le deuxième cas, de nouveau on trouve une répartition similaire entre les personnes pour qui le religieux gagne en importance au cours de la vie et celles pour qui le religieux perd en importance au cours de la vie, chez les sécures et les insécures. La proportion de personnes pour qui le religieux perd en importance au cours de la vie est légèrement supérieure chez les insécures. Cependant cette différence est tellement légère que nous n’obtiendrions rien de statistiquement significatif en faisant un test, c’est pourquoi nous nous contenterons de présenter les graphiques circulaires.

8 DISCUSSION ET CONCLUSION

8.1 Prévalence d'un attachement insécuré préoccupé dans la psychose : Un facteur prédisposant et un pronostic défavorable

Dans cette première partie de la discussion nous nous rapportons à nos deux premières hypothèses qui ont pu être confirmées. Aujourd'hui, il existe encore très peu d'études ayant investigué de manière systématique l'attachement dans des populations psychotiques avec des méthodes permettant de prendre en compte d'une part les représentations d'attachement en lien avec les souvenirs d'enfance et la relation aux parents et d'autre part, la dimension interrelationnelle adulte.

Les premières études à avoir investigué l'attachement dans la psychose avec le AAI, sont celles de Dozier et ses collègues à la fin des années quatre-vingt-dix. Cependant leur recherche ne s'est pas concentrée sur une population psychotique en particulier. Ils ont étudié les styles d'attachement dans des populations psychiatriques hétérogènes. Ces études ont mis en évidence un niveau plus élevé d'attachement insécuré – et plus spécifiquement d'attachement de type insécuré-détaché – dans les populations psychotiques par rapport à des populations présentant plutôt des thymopathies. Mais cette différence n'a pas pu être mise en évidence de façon statistiquement significative étant donné qu'ils n'avaient qu'une dizaine de patients souffrant de psychose (Dozier, 1990 ; Dozier et al., 1994). Par ailleurs ces chercheurs s'interrogeaient sur la possibilité d'utilisation du AAI avec une population psychotique pensant que les symptômes psychotiques positifs – tels que la désorganisation « sauter du coq à l'âne au niveau sémantique du discours » – risqueraient de provoquer une cotation de « U », désorganisés-désorientés.

Aucune recherche n'a tenté d'aller plus loin dans l'étude de l'attachement chez des personnes souffrant de schizophrénie avec le AAI jusqu'en 2011. Après le début de notre recherche, il nous a alors été possible de prendre contact avec le chercheur Andrew Gumley, dirigeant à Glasgow l'équipe de recherche qui a employé le AAI avec une trentaine de patients souffrant de psychose suite au premier épisode (Macbeth et al., 2011). Leurs examens des compétences cognitives, ainsi que des symptômes positifs des patients montrent que le AAI est parfaitement adéquat pour être utilisé avec cette population clinique.

Au vu de la littérature scientifique actuelle, les résultats de notre étude sont très intéressants de par la population clinique sur laquelle nous nous sommes concentrés et l'approche narrative du AAI auquel nous avons eu recours pour déterminer le type d'attachement. Etant donné que nous avons travaillé avec des patients souffrants de psychose chronique, nos résultats offrent en quelque sorte une perspective sur le long terme par rapport à l'étude écossaise. Nos proportions dans les types d'attachement rappellent de près celles de cette équipe de recherche. Cette dernière a également identifié une surreprésentation importante des insécures-détachés ainsi qu'une sous-représentation importante des sécures et des insécures-préoccupés. Comme mentionné préalablement, la fragilité clinique de nos patients n'a pas toujours permis d'évaluer la dimension de la désorganisation. Aussi, notre système de codage n'a évalué la désorganisation que comme dimension secondaire et non comme catégorie principale d'attachement.

La théorie de l'attachement et les études développementales qui s'inscrivent dans cette perspective nous ont montré que les compétences cognitives consistant en une capacité réflexive sur soi, ses expériences relationnelles et émotionnelles, ainsi que celles des autres dépendent de la disposition d'un enfant à pouvoir explorer son environnement à la fois extérieur et intérieur. Or cela dépend de la faculté qu'a un enfant de pouvoir se servir du lien à une figure d'attachement pour se sentir en sécurité. Plus tard au cours de la vie, ces compétences cognitives permettent de mieux faire face à des situations difficiles. En d'autres termes, les personnes disposant d'un attachement sécure parviennent mieux à s'adapter à leur environnement au travers de stratégies de coping plus flexibles et efficaces. Cela laisse donc penser que le type d'attachement insécure-détaché crée un terrain prémorbide plus vulnérable au développement de toute pathologie psychique. D'un point de vue psychologique nous pouvons cependant identifier encore bien d'autres liens entre la régulation émotionnelle que nous trouvons chez les personnes ayant un attachement insécure-détaché et la régulation émotionnelle des personnes souffrant de psychose.

On retrouve dans la description de Minkowski, l'idée qu'il existerait un terrain psychique non pathologique en soi, permettant l'avènement d'une psychose. D'après lui, les caractères essentiels de la psychose s'y trouveraient préformés. Il décrit la présence d'une rêverie relativement tôt dans le développement des personnes souffrant de schizophrénie, permettant la constitution d'un monde imaginaire qu'il met en lien avec son concept d'« autisme riche ». Il explique qu'un grand nombre de ces personnes se détournent de la réalité pour se retirer presque complètement dans ce monde imaginaire. L'autisme pauvre décrit par Minkowski met l'accent sur une dimension de déficit présent

dans le développement de personnes souffrant de schizophrénie (Minkowski, 1927 ; 2002). Il met l'accent sur le fait que la rupture d'avec la réalité se fait alors qu'aucune altération de la mémoire, ni de l'appareil sensitivo-moteur ou encore de l'intelligence ne soit présente. La personne souffrant de schizophrénie manifeste une attitude indifférente au monde extérieur. Cependant Minkowski comprend cette attitude comme un phénomène secondaire à une hypersensibilité émotionnelle qu'il appelait l'« affectivité autistique ».

Or l'attachement de type insécuré-détaché met l'accent sur une attitude défensive vis-à-vis des émotions motivée fondamentalement par la crainte du rejet. Ce que les personnes souffrant de schizophrénie ont en commun avec celles ayant un attachement anxieux-évitant est probablement ce caractère défensif. Chez les personnes ne souffrant pas de schizophrénie, ce dernier se réduit à une gestion fuyante des émotions ainsi qu'à une incapacité à se servir de l'autre comme d'une source de sécurité et de réconfort. Chez les personnes souffrant de schizophrénie, la fuite défensive semble plus complète et s'inscrit dans un détachement de la réalité socialement partagée là où quelque chose vient rappeler une dimension affective névralgique. Sans se positionner sur ce qui est cause, ce qui est conséquence ou encore le degré d'influence des différents facteurs constitutionnels, on peut retenir que la manière dont une personne à risque de développer une schizophrénie tente de faire face à ses difficultés se traduit par une dynamique de fuite. Cette fuite appauvrit alors les ressources relationnelles. Or ces dernières sont décrites comme essentielles par Bowlby pour faire face aux défis auxquels nous confronte la vie. Même si les dynamiques psychiques prémorbides ne sont pas nocives en soi, elles représentent une vulnérabilité certaine parce qu'elles ne permettent pas d'offrir suffisamment de ressources à la personne pour éviter le développement ou la progression de la psychose. Le psychanalyste Racamier illustre cette idée lorsqu'il explique que le développement sain de l'enfant doit passer par l'acceptation de la réalité et la reconnaissance de l'existence d'un monde extérieur, cela impliquant de faire face à des frustrations répétées (Racamier, 1962). Or si cette réalité est insupportable en raison des maltraitances, des pertes, ou encore si l'hypersensibilité décrite par Minkowski diminue la capacité de tolérance à la frustration, on peut imaginer qu'une réaction défensive archaïque consistera à se détourner de l'autre et progressivement de tout ce qui est susceptible de rappeler l'événement ayant causé le repli sur soi.

L'étude réalisée en Ecosse indique que les patients ayant été classés parmi le groupe des insécurés-évitants étaient significativement plus jeunes que les autres, avec une moyenne d'âge de 18 ans comparée à une moyenne d'âge de 25 ans pour les autres

groupes. Nous avons constaté que chez les insécures-détachés la psychose s'est déclarée de manière plus précoce que chez les autres. Cela va également dans le sens des études de l'équipe de Penn (et al., 1997) qui montraient que dans l'enfance, les difficultés liées à des relations interpersonnelles induisent la formation d'une image d'un soi vulnérable et d'une image des autres comme étant des sources d'angoisses qui augmentent le risque d'un développement précoce de la psychose.

Ainsi, la confrontation de nos résultats avec les descriptions phénoménologiques et les études scientifiques antérieures s'inscrivant dans le paradigme de la théorie de l'attachement nous a permis de mieux cerner les contours d'un processus psychique pouvant, à nos yeux, être qualifié de « défensif », caractérisant le fonctionnement psychique et émotionnel déjà dans les phases prémorbides de la schizophrénie. En ce sens, l'attachement insécure-détaché participe à la création d'un terrain psychique prémorbide de la psychose et représente un facteur augmentant les risques d'un début précoce.

La suite de nos résultats vient illustrer comment ce type de régulation émotionnelle continue à réduire les ressources de la personne une fois que la maladie est déclarée. Nous avons mentionné avoir trouvé une prévalence d'attachement de type insécure-détaché dans notre échantillon, tout comme l'équipe en Ecosse. Cependant, dans notre population de patients souffrant de psychose chronique cette proportion est encore plus importante – avec 68% – que chez des patients suite au premier épisode – avec 54.84% – dans l'étude menée en Ecosse.

Nous savons que le pronostic défavorable en lien avec un début précoce de la maladie est dû au fait que plus la personne est jeune lorsqu'elle tombe malade, moins elle a de chance d'avoir pu se former, se construire un réseau social soutenant, avoir une famille ou encore un partenaire stable. Rappelons que certaines de ces dimensions sont également directement influencées par le type d'attachement. Mais surtout, nous pensons que les dynamiques psychiques qui sous-tendent la régulation émotionnelle dans l'attachement insécure-détaché et expliquent en partie un déclenchement précoce de la maladie, expliquent aussi en grande partie le pronostic défavorable dans l'évolution de cette dernière. Cela parce que ce type de régulation émotionnelle à court et à long termes empêche une personne de pouvoir développer des ressources psychiques efficaces pour faire face aux situations auxquelles la confronte la vie et surtout la maladie. Nous avons trouvé un lien statistique significatif entre des symptômes moins importants au niveau de la dépression, de l'anxiété, de la suspicion, des pensées inhabituelles et du ralentissement

moteur chez les personnes souffrant de schizophrénie et ayant un attachement sécure, ce qui nous a permis de confirmer la quatrième hypothèse. Cela montre qu'en effet les personnes ayant un attachement de type sécure disposent de capacités de coping qui les protègent davantage face à ces symptômes et cela même chez des personnes souffrant d'une maladie psychique chronique très handicapante. Il est intéressant de voir que dans l'étude menée avec les patients souffrant de psychose débutante, aucun lien n'avait été trouvé entre les symptômes et le type d'attachement. Les chercheurs en charge de cette étude avaient utilisé la PANNS (Positive, negative or general psychopathology scores), un instrument qui mesure sensiblement les mêmes symptômes que le BPRS ainsi que leur intensité. Néanmoins nos résultats impliquent de souligner une différence importante dans la manière dont les échantillons ont été constitués dans l'étude en Ecosse et dans la nôtre. En Ecosse les personnes qui ont accepté de participer à l'étude ont préalablement été sélectionnées par leurs soignants. Il est donc probable que les soignants aient privilégié pour cette étude les personnes cliniquement plus stables comme le mentionnent les chercheurs eux-mêmes lorsqu'ils mettent en avant les limites de leur études (Macbeth et al., 2011). Or dans notre étude nous avons pu éviter ce biais, étant donné que nous avons pu nous-mêmes contacter au hasard les patients répondant aux critères selon le dossier médical. Par ailleurs, nos résultats viennent en ce sens apporter une perspective longitudinale à celle de l'équipe écossaise. Il se peut que suite au premier épisode, la personne n'ait pas encore pu développer des ressources en termes d'adaptation cognitive et émotionnelle pour faire face à la situation à partir de laquelle on pourrait déjà identifier des différences selon le type d'attachement. Comme mentionné préalablement, le type d'attachement détermine certaines aptitudes à s'adapter à une situation par exemple au travers de la capacité à demander de l'aide et à faire confiance à autrui. Il s'agit là de deux aspects importants dans la gestion de difficultés et plus particulièrement d'une pathologie psychiatrique. Les différents types d'attachement jouent ainsi probablement un rôle important dans le processus d'adaptation et de coping sur plusieurs années, ce qui rend alors les différences mesurables au niveau symptomatique.

8.2 Les traumatismes liés à la relation aux figures d'attachement dans l'enfance des personnes souffrant de schizophrénie

Un point que nous souhaiterions reprendre somme toute assez brièvement est la question des expériences relationnelles traumatisantes durant l'enfance des personnes souffrant de schizophrénie. Cette question reprend plus précisément la troisième hypothèse

de notre travail, hypothèse que nous avons pu confirmer. Nous nous intéresserons ensuite plus particulièrement aux modes relationnels pathologiques plus subtils, qui ne sont pas décelables en tant que traumatismes ponctuels, mais dont le type d'attachement insécure-détaché mesuré par le AAI peut être révélateur. Ici nous nous référons de nouveau à l'importante prévalence de ce type d'attachement dans l'échantillon des patients ainsi qu'au système de codage du AAI, mesurant la cohérence entre la mémoire épisodique et la mémoire sémantique. Nous verrons comment nos résultats invitent à rediscuter la divergence entre les points de vue de Benedetti et Bowlby et celui de Freud sur l'origine psychique de la psychose et la paranoïa.

De nombreuses études qui ont été menées montrent que les personnes souffrant de schizophrénie ont subi des expériences traumatisantes beaucoup plus importantes et plus graves en termes de bouleversement psychique, de durée et de fréquence que la population générale. Bowlby a expliqué à plusieurs reprises dans sa trilogie sur l'attachement que les expériences émotionnelles les plus perturbantes sont celles qui viennent mettre en danger le lien de l'enfant à sa figure d'attachement principale. Nous avons un petit échantillon de patients, mais nos résultats vont malgré tout dans le même sens que des études antérieures. Nous avons pu identifier une dépendance, quoique relativement faible, entre la variable « patient » et la variable « avoir été séparé de la première figure d'attachement durant l'enfance ». Morgan et ses collègues (2007) ont montré que les personnes souffrant de psychose comparées aux sujets contrôles avaient environ trois fois plus de chance d'avoir fait l'expérience de la perte de leurs parents lorsqu'on prend comme limite l'âge de seize ans. Ce qui nous paraît plus important encore est l'existence d'un ensemble d'échanges relationnels, de modes de communication, de rejets, d'inversion des rôles pathologiques qui peuvent se produire dans le lien entre l'enfant et ses parents, lien auquel nous n'avons pas accès de manière précise avec l'investigation que nous avons faite, mais dont le type d'attachement mesuré par le AAI apporte des indications. C'est-à-dire qu'avec le AAI on parvient à mesurer la difficulté dans la gestion des émotions qui est en soi révélatrice d'expériences relationnelles précoces difficiles, sans pour autant que la personne ne puisse s'exprimer consciemment sur le contenu précis de ces expériences.

Il nous paraît intéressant, à ce stade, de discuter la différence des points de vue de Benedetti et Bowlby par rapport à celui de Freud concernant la psychose. Selon Freud, le modèle de la psychose, explicité dans le cas de Schreber repose sur une homosexualité refoulée qui s'explique psychiquement par la régression au stade auto-érotique de l'enfance. Selon Benedetti, ce sont des traumatismes précoces qui ont interrompu le

développement et l'ont bloqué dans la psychose. Dans la reprise du cas de Schreber par Bowlby, on retrouve des similarités entre sa conception de la psychose et celle de Benedetti. Les deux partent du principe que les hallucinations – particulièrement celles accompagnées de délires de persécutions et de paranoïa – contiennent le souvenir d'expériences relationnelles précoces réellement déficientes et pathologiques, qui sont plus subtiles que des événements précis, tels que la perte de figures d'attachement. Les symptômes paranoïaques deviennent dès lors des réactions intelligibles mais déformées des événements historiques. Cette déformation suit une logique fonctionnelle. De par le besoin de préserver le lien d'attachement qui assure leur survie, les enfants vont modifier leurs perceptions plutôt que de remettre en question leur image des figures parentales.

La littérature scientifique plus récente, ainsi que nos résultats concernant la présence de traumatismes durant l'enfance chez les patients viennent soutenir l'hypothèse de Benedetti et de Bowlby, mais surtout la description du modèle interne opérant insécure-détaché vient enrichir cette compréhension. Nous savons que les personnes ayant ce type de fonctionnement tendent à éviter par toutes sortes de moyens cognitifs, émotionnels et comportementaux l'activation du système d'attachement. Un tel fonctionnement préserve l'équilibre psychique en passant souvent par des défenses non conscientes pour la personne qui y a recours. Le décalage que l'on peut trouver dans le AAI entre la mémoire épisodique et la mémoire sémantique chez ces personnes illustre ce fonctionnement. Là où les expériences relationnelles réelles viennent faire souffrir la personne, sa mémoire tend à lui faire défaut de manière à ce qu'elle puisse se construire une représentation corrigée, voire idéalisée des figures d'attachement précoces. Ceci est la description d'un fonctionnement psychique non pathologique. L'esprit humain étant sophistiqué, il n'est dès lors plus difficile d'imaginer que plus cet écart est grand entre les expériences réelles et la représentation que l'enfant doit pouvoir se faire des personnes de soins pour préserver le lien, plus cette correction demande un niveau de distorsion cognitive important qui peut alors s'avérer pathologique. On peut en effet imaginer que lorsque cette distorsion se fait de manière très précoce chez l'enfant, elle interrompt des processus fondamentaux dans son développement. Un attachement insécure dans une population non clinique empiète sur la disponibilité mentale qu'a un enfant pour pouvoir explorer son environnement, ce qui a alors des conséquences importantes sur son développement social et cognitif ultérieur. Or, lorsque l'enfant doit combler un écart trop important entre la réalité et la construction de l'image mentale du parent, le psychisme travaille selon la logique du déni. L'enfant doit dès lors se couper de tout ce qui viendrait lui rappeler les expériences relationnelles

difficiles réelles. En ce sens, les personnes à risque de développer une psychose à l'âge adulte développent, déjà au cours de l'enfance, un fonctionnement psychique qualitativement différent selon l'environnement auquel elles ont à faire face. Nous ne cherchons pas à nier l'importance que joue le facteur héréditaire dans la psychose mais de tenter de décrire au mieux le facteur psychogénétique. L'idée d'une transformation qualitativement différente dans le développement du psychisme ne doit pas démunir les psychothérapeutes en introduisant l'idée d'un non-retour à un fonctionnement sain, mais devrait stimuler leur créativité pour réfléchir aux moyens de développer des potentialités saines chez les personnes souffrant de psychose. Cela implique également de pouvoir penser l'adaptation à la vie et à ses difficultés sur des modes qualitativement différents mais efficaces pour chacun individuellement. Plus encore, ces résultats doivent souligner l'importance de parvenir à établir un lien avec le patient et parvenir à lui servir de base sécuritaire, cela en s'adaptant au fonctionnement psychique psychotique.

La profonde richesse de l'expérience clinique de Benedetti vient compléter cette réflexion. Dans la thérapie des troubles où la *cohésion du moi* est elle-même compromise, selon lui, le principal agent curatif serait la relation thérapeutique elle-même. Son objectif étant de permettre la reprise du développement interrompu par des traumatismes précoces. Il pense par ailleurs qu'un facteur central relativement indifférencié dans toute psychothérapie est l'établissement d'un cadre sécurisant. Or selon Benedetti, avec des personnes souffrant de psychose cela n'est pas suffisant dans la mesure où il s'agit d'une pathologie qui supprime l'utilisation de symboles, où le soi est fragmenté et où les pensées sont dilapidées. Son idée est alors de parvenir à rejoindre son patient au niveau développemental plus primaire duquel émanent les défenses psychotiques archaïques. Dans cette optique, la psychothérapie des psychoses s'inscrit dans une perspective développementale, où la pathologie doit être comprise comme l'expression d'une défense plus archaïque que dans les troubles névrotiques et où le thérapeute joue avant tout un rôle de « re-maternage ». Benedetti parlerait alors de la genèse d'un « autisme partagé à deux », nécessaire à une communication authentique avec la personne souffrant de psychose. La dimension réalisable d'une telle fusion entre le patient et le thérapeute est discutable, néanmoins il est intéressant de remarquer combien les réflexions de ce spécialiste des psychoses se rapprochent des idées de Bowlby et Winnicott concernant les besoins relationnels de l'être humain, qui lorsqu'ils ne sont pas comblés, génèrent un terrain propice au développement de troubles psychiques.

Le traitement impliquerait ainsi d'une part de prendre en compte le vécu réel des patients durant leur enfance pour donner du sens à leurs peurs et expériences pathologiques comme l'indique Bowlby et d'autre part d'offrir une base sécurisante aux patients de manière à venir combler ces manques affectifs et relationnels pour leur permettre cette reprise du développement, comme l'indique Benedetti. Ces divers points de vue nous montrent finalement combien la clinique de l'enfant comporte en elle-même des indications riches pour la psychothérapie des adultes.

Il serait intéressant à présent d'envisager non plus des études rétrospectives mais développementales et longitudinales où des couples mère-enfant et père-enfant seraient observés systématiquement autour d'un certain nombre de tâches sur plusieurs années, essentiellement dans une population de personnes ayant des membres de la famille qui souffrent de psychose. Cela permettrait non seulement d'identifier ces modes de communication pathologiques pour pouvoir ensuite les travailler en thérapie avec les patients adultes, mais aussi de pouvoir penser des interventions de type préventif, déjà chez les enfants.

8.3 Transposition des modèles internes opérants d'attachement sur une figure spirituelle ou compensation émotionnelle?

Nous avons vu que le type d'attachement permet de prédire en partie la qualité des stratégies de coping mises en place par les personnes. Notre ambition dans ce travail était d'examiner certains des processus sous-jacents du coping spirituel. Voyons à quelles conclusions nous a mené la confrontation de nos résultats à la littérature scientifique.

Dans la partie théorique de ce travail, nous avons relevé l'intérêt d'examiner le type de compensation contextuelle décrit par Kirkpatrick (1999). Ce dernier pense la religiosité comme l'attachement à une figure spirituelle/religieuse. Selon lui, face à des circonstances de vie où le système d'attachement est activé, les gens se tournent vers la religion/spiritualité. Lorsque nous examinons en détails les situations difficiles qui poussent nos patients ou sujets contrôles à avoir recours au religieux, nous pouvons accepter l'hypothèse de compensation situationnelle. Cependant, si on réduit les fonctions du religieux à l'attachement à une figure spirituelle/religieuse, comme tendent à le faire les théoriciens de l'attachement religieux tels que Kirkpatrick et Granqvist dans tous leurs travaux mis en référence dans cette thèse, on devrait alors pouvoir expliquer

l'hyperreligiosité des patients psychotiques par cette variable. Rappelons que les études réalisées sur la religiosité des patients psychotiques chroniques à Genève et au Québec par l'équipe de recherche des HUG montrent que les patients sont plus croyants et plus pratiquants que la population non clinique (Borras et al., 2007). Dans cette logique, nous avons pensé la solitude des patients psychotiques, en comparaison à la vie sociale plus riche des participants contrôles, comme une variable qui active davantage le système d'attachement et qui devrait alors les motiver à avoir davantage recours à une figure religieuse/spirituelle sur le mode de l'attachement que les sujets contrôles. Or nos résultats ne vont pas dans ce sens. Ils montrent que dans notre échantillon l'affiliation religieuse explique davantage le recours à une figure spirituelle/religieuse sur le mode de l'attachement que le fait d'être patient et de vivre dans un isolement social plus important. Ces résultats nous ont poussés à infirmer la sixième hypothèse. Il nous semble donc indispensable de souligner que les fonctions psychologiques du religieux/spirituel sont plurielles et ne peuvent pas être réduites à celle de l'attachement, comme semblent le mettre en évidence les recherches de Kirkpatrick et Granqvist. Il est en effet nécessaire de contextualiser les données et de prendre en compte l'arrière-plan culturel, ethnique ainsi que la tradition religieuse/spirituelle dans ce type d'étude.

Dans la partie théorique sur l'attachement et le coping spirituel, nous avons pris position quant aux hypothèses de compensation et de correspondance de Granqvist (1998). En effet, la correspondance de modèles internes opérants n'est pensée que dans le cas où il s'agit de personnes ayant un attachement sécurisé qu'elles projettent sur la figure religieuse/spirituelle. La compensation est décrite comme le passage d'un attachement insécurisé envers les premières figures d'attachement à un attachement sécurisé envers la figure religieuse/spirituelle (Granqvist, 1998 ; Birgegård & Granqvist, 2004). Cela laisse entendre de manière implicite qu'il n'est possible d'investir une figure religieuse/spirituelle que sur un mode sécurisé. Nous avons relevé dans la partie théorique sur l'attachement et le coping spirituel que cette logique s'appuie probablement sur un arrière-plan théorique évolutionniste, considérant qu'une religiosité n'offrant qu'un attachement insécurisé ne serait pas fonctionnel et serait donc abandonné selon la loi de Darwin.

Nous avons pris le parti de ne pas aborder les représentations de figures religieuses/spirituelles de cette manière parce qu'elle nous semble trop réductrice. Il nous paraît en effet plausible que des personnes qui se retrouvent face à de tels défis existentiels que ceux auxquels confronte la psychose, puissent tenter d'avoir recours à ce type de coping spirituel même si elles ne parvenaient pas à établir un attachement sécurisé avec cette

figure. Il se trouve que nos résultats vont parfaitement dans ce sens. Neuf personnes insécures-détachées investissent effectivement leur figure spirituelle également sur un mode insécure. Ce qui montre qu'une figure religieuse/spirituelle peut parfaitement être investie à long terme sur un mode insécure et non pas seulement sur un mode sécure. Ces résultats ont permis de confirmer la cinquième et la septième hypothèse.

Il est important de noter à ce sujet l'approche méthodologique et théorique qui différencie notre étude des précédentes.

La représentation de la figure spirituelle

En effet, pour déterminer la qualité de la relation à une figure spirituelle/religieuse, de nombreuses recherches ont recours à des auto-questionnaires. Dans certaines études, le participant peut s'exprimer – au moyen d'une échelle d'approbation allant de « cela ne me correspond pas du tout = 1 » à « cela me correspond totalement = 6 » – par rapport à une représentation proposée du « Dieu » religieux chrétien protestant, voire évangélique, comme par exemple : « Dieu est un être vivant avec qui il est possible d'avoir une relation personnelle et qui est intéressé et impliqué dans et par la vie des êtres humains ». Il en est ainsi dans l'étude de Kirkpatrick et Shaver (1990) et de Birgegard & Granqvist (2004).

Dans d'autres études, la personne doit choisir parmi trois types de représentations de la figure spirituelle du « Dieu » chrétien (Kirkpatrick et Shaver 1990 ; Kirkpatrick et Shaver 1992 ; Kirkpatrick, 1998). Ces représentations sont conceptualisées comme étant l'image que devrait avoir une personne de ses parents selon son modèle interne opérant. Kirkpatrick (1998) a proposé trois types de représentations possibles de la figure spirituelle, à savoir : disponible et fiable, ou alors rejetante ou encore imprévisible. Ces descriptions s'approchent le plus des représentations du parent selon les modèles internes opérants sécure, préoccupé ou détaché. Cassiba et ses collègues (2008) proposent les classifications suivantes : d'un « Dieu aimant », d'un « Dieu distant » ou d'un « Dieu contrôlant » à partir de la classification de douze adjectifs proposés aux participants.

Or en reprenant les modèles internes opérants décrits par Main et les théoriciens de l'attachement, on réalise que les insécures-détachés idéalisent souvent leurs figures d'attachement et auraient donc probablement plus tendance à choisir le « Dieu aimant ». Les caractéristiques de la figure « contrôlante » et « distante » sont conceptualisées comme étant aussi intériorisées par les personnes ayant un modèle interne opérant détaché. Les préoccupés devraient plutôt avoir l'étiquette du « Dieu imprévisible » à ce niveau de simplification.

Mesure du type d'attachement

Pour pouvoir discuter la validité de l'hypothèse de correspondance par rapport à celle de compensation, les chercheurs doivent également mesurer le type d'attachement des participants. Or la grande majorité des études n'ont pas recours à des outils de mesure validés. Les études où les chercheurs utilisent le AAI pour mesurer le type d'attachement sont récentes et rares. Nous n'avons à ce jour pu identifier que deux études qui y ont recours. Celles de Cassiba et ses collègues (2008) pour étudier l'attachement religieux chez des prêtres catholiques et des religieuses, et celle de Granqvist et ses collègues (2007) pour étudier la question de la compensation chez les adeptes du new age.

Etude de populations et/ou de processus

Il se trouve que dans ces cas de figures, ne sont à chaque fois étudiées que des populations. En utilisant ces outils d'investigation et en n'étudiant que des populations, les chercheurs tels que Granqvist et Kirkpatrick finissent toujours par interpréter leurs résultats en cherchant à confirmer ou à infirmer l'idée de compensation ou de correspondance. Ceci est particulièrement surprenant dans l'étude de Granqvist et ses collègues (2007) sur le new age. Dans cette étude il considère que, s'il y a une majorité d'attachement insécure dans les mouvements new age – par rapport à des groupes de personnes s'inscrivant dans des traditions religieuses monothéistes et plus traditionnelles – cela s'explique par l'idée de compensation. Néanmoins son questionnaire sur la spiritualité New Age, ne permet pas d'identifier de figure spirituelle privilégiée qui pourrait être investie sur le mode de l'attachement. On peut alors commencer à s'interroger sur les limites de ces études, non pas seulement au niveau des méthodes d'investigation, mais aussi au niveau du cadre théorique exploité. Comment peut-on avoir recours au paradigme de l'attachement sans identifier de figure privilégiée ?

A aucun moment, Granqvist ou Kirkpatrick n'essayent d'investiguer le processus en cours dans la projection de modèles internes opérants sur des figures spirituelles religieuses. Aucune réflexion ne porte sur l'éventuel investissement d'une figure spirituelle sur un mode insécure. Dans le cadre de notre expérience, les personnes que nous avons codées comme ayant un attachement de type insécure-détaché avec leur figure religieuse/spirituelle, répondaient en général au début de l'entretien qu'elles ne croyaient plus en rien ou que le recours à une figure religieuse/spirituelle ne leur servait à rien ou encore mettaient en avant leur autonomie. Ce n'est que progressivement que ces personnes

se sont livrées, mais toujours en manifestant une grande précaution quant au risque d'activation de leur système d'attachement. Il nous est difficile d'imaginer que les auto-questionnaires décrits plus haut permettent réellement de mesurer des croyances en lien avec les modèles internes opérants de l'attachement. Cela explique peut-être la conviction de Kirkpatrick quant à l'idée que seuls des liens sécurisés avec des figures spirituelles ne sont imaginables. Même si le recours à des entretiens semi-structurés est beaucoup plus exigeant en termes d'implication de la part du chercheur et des participants – ce qui implique de travailler avec des échantillons plus petits pour des raisons de faisabilité – nous pensons qu'une importante quantité d'informations n'aurait pas pu être obtenue si nous avions eu recours à des questionnaires. Le recours à des entretiens semi-structurés où les participants peuvent librement s'exprimer, nous paraît d'autant plus important qu'aucun instrument validé n'existe pour déterminer la qualité du lien qu'une personne projette sur une figure spirituelle/religieuse. Par ailleurs, même pour de nombreuses personnes d'affiliation religieuse chrétienne, les figures spirituelles sur lesquelles sont projetés les modèles internes opérants sont plutôt, « Jésus » ou encore « la Vierge Marie » et non « Dieu » comme l'imposent les auto-questionnaires.

Dans nos échantillons de patients et sujets contrôles, une majorité transposent leur type d'attachement aux premières figures d'attachement sur leur lien à la figure religieuse/spirituelle, ce que nous appelons « correspondance » qu'il s'agisse d'un lien sécurisé ou non. Cela va bien dans le sens de la théorie de l'attachement, qui considère que les modèles internes opérants sont majoritairement durables à travers la vie. Nous pouvons donc retenir que lorsque l'être humain fantasme sa relation à une figure religieuse/spirituelle, il s'appuie majoritairement sur ses premiers apprentissages qui lui proviennent de ses premières expériences relationnelles. Cela au travers de sa représentation de soi, des autres, des attentes vis-à-vis des autres et de la manière dont il pense pouvoir obtenir ce dont il a besoin pour réguler ses émotions.

Comme mentionné préalablement, en ayant recours à des entretiens semi-structurés plutôt qu'à des auto-questionnaires, nous pensons avoir eu accès à des informations riches auxquelles nous n'aurions pas eu accès autrement. Par exemple, nous nous sommes rendu compte que lorsque le modèle interne opérant mesuré par le AAI et celui projeté sur la figure religieuse/spirituelle sont différents, il se pourrait que le processus soit tout de même celui d'une transposition d'un apprentissage relationnel préexistant à la religiosité.

Rappelons l'exemple de la participante contrôle 5, qui a projeté la représentation qu'elle a de sa relation à son père sur celle qu'elle entretient avec Dieu. Elle a réussi à construire un état d'esprit d'attachement sécure essentiellement en lien avec la relation qu'elle avait avec sa mère étant enfant. Néanmoins, les moments où elle se sent abandonnée par Dieu lui rappellent les moments où elle était abandonnée par son père. Expliquons-nous : Bowlby déjà, mais aussi bien d'autres chercheurs s'inscrivant dans la théorie de l'attachement ont mis en évidence qu'au cours de la vie, même si les modèles d'attachement principaux – c'est-à-dire ceux acquis dans la relation aux premières personnes de soins – restent relativement stables, les personnes font une quantité de nouvelles expériences relationnelles entre pairs, avec des collègues de travail, des professeurs d'école, des partenaires amoureux et ainsi de suite. Selon ces théoriciens, il existe alors une hiérarchie entre ces différents modèles internes opérants (Collins & Read, 1994). Les recherches en approches cognitives et comportementales montrent que face à une situation émotionnellement très chargée, les apprentissages les plus anciens et les plus ancrés sont davantage mobilisés. En d'autres termes, plus la personne est dans un cadre sécurisant, plus elle va pouvoir utiliser efficacement l'intégralité de son répertoire d'apprentissage. Mais plus encore qu'une question de niveau de stress ou de sécurité, on peut imaginer que selon le type de relation – en termes d'alter-ego ou de rapport hiérarchique, de différence d'âge, de différence de sexe, de rapport de concurrence ou non – seront mobilisés différents modèles internes opérants. La prévalence de liens de correspondance entre les modèles internes opérants mis à jour par le AAI et l'entretien sur les croyances et pratiques religieuses/spirituelles laisse penser que les modèles internes opérants majoritairement mobilisés vis-à-vis de la figure spirituelle sont ceux construits dans la relation aux premières figures d'attachement. Cela n'est en soi pas surprenant. Freud relevait déjà la similitude entre la toute-puissance fantasmée que l'enfant attribue à ses parents et celle que le croyant attribue au parent ultime – ou « la figure religieuse/spirituelle » – dans une tradition monothéiste (Freud, 1927). En ce sens, nous pouvons imaginer que le rapport à un plus grand que soi qui dépasse les limites existentielles de l'humain mobilise les premiers apprentissages que fait l'enfant avec ses personnes de soins.

Il se trouve que certaines personnes dans nos échantillons parviennent à transformer leur relation insécure à la figure religieuse/spirituelle en une relation sécure. Avec les informations que nous avons, nous ne pouvons pas savoir si ces personnes ont déjà fait des expériences de transformations de ce type, des modèles internes opérants dans la relation à d'autres personnes. C'est-à-dire qu'elles seraient déjà parvenues à construire un modèle

interne opérant sécure au cours de leur vie. On peut alors se demander si les transformations des modèles internes opérants que l'on observe chez certains participants dans leur relation à une figure religieuse/spirituelle ne reproduisent pas simplement une expérience relationnelle vécue préalablement.

Par exemple, pour le patient 5, nous savons que les deux premières années de sa vie, dont il n'a pas de souvenirs, il n'était pas encore chez ses parents maltraitants en Suisse mais habitait dans son pays d'origine, chez sa tante, une femme qu'il a peu décrite durant ses entretiens, mais dont il a toujours parlé en termes louables. La transformation qui a pu se faire dans sa relation à Dieu, s'appuie-t-elle psychiquement sur des expériences relationnelles précoces ? Nous n'avons pas la réponse, mais si nous restons fidèles à la théorie de Bowlby, afin qu'une figure puisse être investie sur le mode de l'attachement, des contacts physiques répétés sont nécessaires. En ce sens, soit la relation fantasmée avec une figure religieuse ou spirituelle ne résulte plus que de la projection d'anciennes expériences relationnelles, soit il est indispensable que la personne fasse des expériences sensibles qu'elle interprète comme la manifestation du lien à sa figure spirituelle/religieuse. Or ce que nous constatons chez les personnes qui ont compensé leur modèle interne opérant, est l'utilisation d'un vocabulaire traduisant des expériences sensibles avec cette figure privilégiée, comme par exemple le fait de ressentir une chaleur, une émotion intense avec des répercussions physiques ou encore des hallucinations visuelles ou auditives que la personne met en lien avec l'expérience religieuse/spirituelle. Ces résultats nous ont permis de confirmer la huitième hypothèse.

Pour aller plus loin dans ces réflexions il faudrait probablement à l'avenir investiguer ces processus dans des études plus longitudinales pour pouvoir identifier les différentes phases de ces transformations de modèles internes opérants. Cela rend l'étude du religieux intéressante parce qu'elle représente probablement un lieu privilégié de l'étude des schémas d'attachement actifs à l'âge adulte et des potentielles transformations dans des populations très isolées socialement et où ces processus ne peuvent être observés dans d'autres relations.

Finalement, que l'espace fantasmagorique religieux ne demeure qu'un lieu de projections mentales d'expériences relationnelles humaines, ou que la transformation d'un modèle interne opérant puisse réellement se faire à ce niveau purement fantasmagorique sans intervention d'un autre humain reste discutable. Ce que nous pouvons retenir d'important – particulièrement pour les personnes souffrant de psychose – est que le fait

d'avoir un modèle interne opérant sécure aux parents ou d'investir une figure religieuse/spirituelle sur le mode de l'attachement sécure est un meilleur pronostic en termes de coping pour l'évolution de la maladie, ce qui est mesurable au niveau symptomatique. En effet, comme le prédit la théorie de l'attachement, un attachement sécure procure une base sécurisante, rend moins vulnérable à l'anxiété – ainsi qu'à toute autre préoccupation comme celles mesurées dans le BPRS sur la dimension somatique – et améliore l'estime de soi, ce qui a une répercussion sur les sentiments de culpabilité mesurés dans le BPRS ainsi que sur la dépression. De plus, avoir un tel type d'attachement améliore l'image des autres, ce qui réduit les symptômes d'idées délirantes paranoïaques et de persécution (qui sont mesurables par l'item de « la suspicion ») et fort probablement le « retrait émotionnel » dans le BPRS.

8.4 Coping religieux/spirituel

La suite de nos résultats apporte des conclusions intéressantes concernant les dimensions psychiques sous-jacentes des processus de coping religieux/spirituel. Lorsque l'on regarde les différentes dimensions de la vie de la personne et les symptômes sur lesquels la religiosité ou spiritualité a une influence positive, on réalise que le fait d'investir une figure spirituelle sur le mode de l'attachement sécure est plus efficace au niveau du coping religieux que si l'on investit cette figure sur un mode insécure. Cela au niveau de l'humeur/dépression, des angoisses et de la capacité à faire confiance à autrui, ainsi que du réconfort que la personne trouve dans le religieux/spirituel, qui sont des variables indéniablement en lien avec l'attachement. Ces résultats nous ont permis de confirmer la neuvième hypothèse. Or nous avons également observé qu'il est toujours encore plus efficace d'investir une figure spirituelle sur un mode d'attachement insécure que de ne pas investir de figure d'attachement religieuse/spirituelle du tout, de nouveau en prenant en compte les mêmes dimensions du coping religieux en lien avec les schémas internes opérants de l'attachement. Ces résultats ont permis de confirmer la dixième hypothèse.

Les dynamiques d'attachement expliquent en partie certains des processus sous-jacents du coping spirituel/religieux. Cette étude permet en effet d'identifier que pour un grand nombre de personnes le champ du religieux est investi sur un mode relationnel. Dans ce rapport à la transcendance, à ce qui dépasse l'être humain, sont mobilisés les schémas de croyances résultants des premières expériences relationnelles. Cette étude montre

également que cette manière d'investir le religieux, n'est qu'une façon parmi d'autres de le faire et dépend intimement du contexte culturel et de la tradition religieuse. De plus, il est intéressant de remarquer qu'investir une figure spirituelle/religieuse sur le mode de l'attachement représente pour beaucoup une stratégie de coping efficace et fonctionnelle aussi indépendamment du fait qu'il s'agisse de patients ou de participants contrôles.

Cela encourage encore l'idée de faire des investigations longitudinales pour identifier si pour certains pour qui cette relation est insécure, un processus de transformation est en cours vers une relation plus sécure.

En investiguant l'attachement en lien avec la dimension religieuse/spirituelle, notre étude a également permis d'observer un certain nombre d'aspects en lien avec le développement d'une religiosité/spiritualité en tant que ressource à l'âge adulte. Finalement, la littérature scientifique nous montre à plusieurs reprises que les personnes qui s'inscrivent essentiellement dans la tradition chrétienne voire une tradition monothéiste et pour qui le spirituel/religieux est important, tendent à avoir des attachements plus sécures que la population générale. Prenons par exemple l'étude de Cassiba et al., (2008) où ils mesurent le type d'attachement de prêtres catholiques et de religieuses à l'aide du AAI. Suite aux nombreux scandales d'abus et de pédophilie dans l'Eglise catholique, on aurait pu penser que le choix de renoncer complètement à la vie sociale mondaine et à la sexualité pour se retirer dans un couvent est potentiellement le signe d'une fragilité psychique. On aurait donc aussi tendance à imaginer qu'il s'agit de personnes ayant un type d'attachement en moyenne moins sécure que la population générale. Or l'étude de Cassiba et ses collègues montre justement l'inverse. Il s'agit, parmi les prêtres et moniales de personnes d'une population présentant une proportion d'attachement sécure plus importante que dans la population générale. 77% des religieuses et des prêtres ont un attachement sécure alors que dans la population générale seule 58% ont un attachement sécure (Cassiba et al., 2008 ; (van Ijzendoorn 1995). Les critères de recrutements de nos participants contrôles étaient d'avoir des croyances ou pratiques religieuses ou spirituelles et d'accepter de participer à une étude portant sur la relation aux proches et la manière de trouver de la sécurité dans la religiosité/spiritualité. Nous avons également posé l'hypothèse selon une logique de compensation, qu'il s'agirait de personnes ayant une proportion d'attachement de type insécure plus important que dans la population générale (hypothèse secondaire 2). De nouveau, nous constatons l'inverse, le groupe des personnes

contrôles qui ont accepté de participer à cette étude ont une proportion d'attachement sécure plus important que dans la population générale. En effet 72% des sujets contrôles ont un attachement sécure contre 58% dans la population générale (van Ijzendoorn 1995). Les tests statistiques indiquent que les proportions de sécures sont représentatives de la population générale. Cela nous a donc poussé à infirmer l'hypothèse secondaire 2. En reprenant la théorie de l'attachement, on constate que les sécures tendent en fonction de leurs modèles internes opérants à valoriser l'importance de relations d'attachement. Si on reprend cette idée en termes de coping, on aura tendance à dire que pour ces personnes le recours au lien à l'autre est une stratégie plus efficace que pour les insécures.

8.5 L'influence de l'éducation religieuse et du type d'attachement sur le coping spirituel à l'âge adulte

Granqvist et Hagekull (2003) discutent l'idée du lien entre l'éducation religieuse durant l'enfance et le type d'attachement dans la « Two level correspondance hypothesis ». Selon eux, on peut comprendre le développement religieux à l'aide de deux formes de correspondance. D'une part, « l'image de Dieu » dépend directement de l'attachement aux premières personnes de soins ou aux partenaires amoureux à l'âge adulte. D'autre part, le type d'attachement prédit l'importance accordée à religiosité à l'âge adulte. D'après ces chercheurs, si les parents accordaient beaucoup d'importance au religieux/spirituel et que la personne a un attachement sécure à ses parents, elle aura également tendance à accorder beaucoup d'importance au religieux à l'âge adulte. La littérature montre qu'il en serait autrement chez les personnes n'ayant pas eu d'attachement sécure aux parents. En effet, ces personnes auraient tendance à faire l'opposé des parents, soit en ne s'intéressant pas au religieux ou alors justement en s'y intéressant ou encore en changeant d'orientation par rapport à celle des parents.

Comme mentionné préalablement dans notre étude, nous nous sommes distanciés des concepts théoriques de compensation et de correspondance de Granqvist. Nous avons également pris position quant aux méthodes utilisées pour identifier les modèles internes opérants activés dans la projection d'une relation d'attachement sur une figure religieuse/spirituelle qui nous paraissent bien trop réductrices. De plus nous souhaitons nous distancier de la manière dont est mesurée la transmission du religieux dans ces études. En effet, aucune d'entre elles n'investigue soigneusement les contextes culturel et religieux desquels sont tirés les échantillons. Par exemple, Granqvist considère que les

personnes ayant recours à la spiritualité dite « New Age » n'ont par définition pas la même orientation religieuse que leurs parents, ce qui n'a cependant pas été vérifié.

Dans notre étude, nous nous sommes particulièrement concentrés sur le coping en lien avec les dimensions religieuses/spirituelles et non sur le développement religieux chez les chrétiens ou adeptes du « New Age » de manière plus générale. Par ailleurs nous nous sommes davantage intéressés aux processus psychiques qu'aux populations spécifiques. Nous allons donc plutôt réfléchir à la manière dont l'attachement vient diversifier ou non les ressources auxquelles une personne peut avoir recours pour faire face à des situations difficiles au cours de sa vie dans les limites culturelles et religieuses de nos échantillons.

Nous souhaitons brièvement revenir sur nos résultats portant sur le lien entre le fait d'avoir eu une éducation religieuse ou d'avoir vu les parents avoir recours au religieux/spirituel durant l'enfance pour faire face à des situations difficiles et la qualité du coping religieux/spirituel à l'âge adulte, ainsi que sur le fait d'investir une figure religieuse/spirituelle sur le mode de l'attachement. Rappelons que nous avons vu que d'investir une figure spirituelle/religieuse sur le mode de l'attachement augmente le nombre de catégories de la vie pour lesquelles ce type de coping est efficace dans notre échantillon. Ces résultats montrent que la qualité de l'attachement aux parents semble jouer un rôle important dans la transmission d'un patrimoine culturel et religieux au travers de l'éducation qui peut également passer par des tiers, tels que des professeurs à l'école, des enseignants dans des communautés religieuses ou encore des pairs. En reprenant la théorie de l'attachement cela s'explique assez simplement par le fait qu'une base sécurisée permet à un enfant de mieux explorer son environnement. On peut donc comprendre qu'à l'âge adulte, face à des situations difficiles, il puisse avoir recours à tout un éventail de ressources qu'il a découvertes et intériorisées durant son enfance. Le fait d'avoir vu ses propres parents avoir recours au religieux/spirituel pour faire face à des situations difficiles est souvent rapporté aussi par des personnes n'ayant pas bénéficié d'une éducation religieuse. Néanmoins, dans des situations difficiles, ces apprentissages par imitation sont mobilisés pour tenter de s'y faire face, mais de nouveau particulièrement chez ceux ayant un attachement sécurisé aux parents. Nous constatons alors que la qualité de l'attachement joue un rôle important dans la transmission d'apprentissage de stratégies de coping par imitation durant l'enfance qui sont alors réactualisées à l'âge adulte. Nous nous sommes intéressés au coping en particulier en lien avec les dimensions spirituelles/religieuses, mais ces résultats peuvent probablement être élargis à tout type de ressources présentes dans l'environnement de l'enfant. En d'autres termes, dans un milieu familial sécurisant l'enfant

parvient à mieux intégrer des ressources et stratégies de coping diverses auxquelles il peut alors avoir recours pour faire face à des situations difficiles.

8.6 Changements religieux au cours de la vie

Concernant les changements religieux/spirituels au cours de la vie, (hypothèse secondaire 5) comme nous l'avons mentionné, Granqvist et Hagekull (2003) soutiennent l'idée que les personnes ayant un attachement sécure s'inscrivent davantage dans l'orientation religieuse des parents et aussi accordent au religieux le même niveau d'importance que ceux-ci. Ils soutiennent également l'idée que les insécures, au contraire, vont soit se détourner du religieux, le surinvestir ou encore changer d'orientation religieuse pour se démarquer de la religiosité ou non religiosité de leurs parents. Nos résultats ne vont pas dans ce sens. Nous ne trouvons pas de différences statistiquement significative au niveau des changements religieux/spirituels ni en termes de changement d'orientation, ni en termes de changement d'intensité entre les sécures et les insécures et entre les patients et non patients.

Comment expliquer la différence entre nos résultats et ceux obtenus dans les études précédentes? Comme nous l'avons mentionné préalablement, de nombreuses études portant sur la question, partent du postulat que les personnes qui s'affilient à une religion traditionnelle s'inscrivent par définition dans la même orientation religieuse que leurs parents. Par exemple, un Suédois (Granqvist et al., 2007) ou un Américain du Nord protestants (Kirkpatrick 1999) auraient ainsi forcément repris la même religiosité que leurs parents. Dans le même sens, ces chercheurs partent du postulat que les personnes qui s'orientent vers des mouvements «New age» se seraient forcément détournées de la religion/spiritualité de leurs parents. Nous considérons que cette simplification biaise l'interprétation des données. Une autre surinterprétation vient probablement des outils utilisés pour investiguer le type d'attachement. Nous n'avons en effet pas trouvé d'études qui utilisent le AAI pour déterminer le type d'attachement et qui vérifient systématiquement l'orientation religieuse à la fois des parents et des participants de l'étude. En ce sens, même si notre étude présente une limitation au niveau de la taille de l'échantillon, nous pensons que nos résultats sont plus proches de la réalité que ceux des études que nous venons d'évoquer.

Un point reste à souligner : nous ne constatons pas de différences au niveau des changements religieux/spirituels entre les patients et les non patients. Les études réalisées

précédemment aux HUG ont montré que dans la population psychotique chronique à la fois à Genève et au Québec, la religiosité/spiritualité représente une ressource importante pour la majorité (Borras et al., 2007). Au niveau des processus psychiques sous-jacents, nous pouvons ajouter que les différences importantes concernant le coping s'expliquent davantage par le type d'attachement que par le fait de souffrir de psychose ou non. Ces résultats devraient pousser les cliniciens à relativiser leurs interprétations souvent pathologisantes quant à la présence de croyances religieuses/spirituelles chez des personnes souffrant de psychose et étant stabilisées, pour parvenir à davantage situer l'être humain face aux défis existentiels de la vie.

8.7 Limites de cette étude

Nous souhaitons rappeler les limites de nos réflexions quant au contexte culturel et scientifique dans lequel s'est déroulée notre recherche. Nous nous sommes appuyés sur une description scientifique occidentale de la psychose et de sa psychogenèse. La théorie de l'attachement a une certaine validité transculturelle. Cependant, le contexte culturel et épistémologique de l'avènement de cette théorie induit malgré tout une lecture occidentale de ce qu'est une adaptation saine à l'environnement. Ensuite nous avons transposé la théorie de l'attachement sur la religiosité/spiritualité de personnes d'affiliation religieuse majoritairement monothéiste voire chrétienne en investiguant particulièrement le lien à une figure religieuse/spirituelle privilégiée. Il est donc indispensable de comprendre les résultats de cette recherche dans ces limites culturelles et conceptuelles précises et non de penser pouvoir projeter ce modèle de la pathologie ou encore de la fonction psychique du religieux sur toutes les traditions culturelles, religieuses et spirituelles.

Par ailleurs, nous avons favorisé la qualité et la profondeur dans la récolte des données relatives aux participants, au détriment de la taille de l'échantillon. Ainsi certains de nos tests statistiques, comme par exemple ceux portant sur les traumatismes précoces durant l'enfance des personnes souffrant de psychose, ne sont pas concluants probablement en raison de la taille trop restreinte de l'échantillon. Cela affecte également la représentativité de nos résultats.

8.8 Conclusion

Les études de Mohr et ses collègues (2007) aux HUG ont montré qu'il y avait un nombre de personnes ayant des croyances et/ou pratiques spirituelles ou religieuses plus important dans la population des patients souffrant de psychose que dans la population générale. La littérature scientifique s'est pendant longtemps essentiellement concentrée sur les expressions pathologiques du religieux/spirituel chez des personnes souffrant de psychose (Mohr et al., 2006). Dans cette logique, les croyances et pratiques religieuses ont souvent été associées directement à des manifestations délirantes, ce qui représente un préjugé important reflété par les professionnels de la santé dont souffrent les patients (Mohr & Huguelet, 2004 ; Huguelet et al, 2008). Les études de l'équipe de recherche des HUG ont pu mettre en évidence à partir d'un échantillon de plus de deux cents personnes suivies à Genève et au Québec que pour la majorité des patients stabilisés, le recours au religieux/spirituel représente une ressource importante pour faire face à la maladie (Huguelet et al., 2008). Comme nous l'avons mentionné, ces études aux HUG ont mis en évidence quatre manières dont le religieux/spirituel peut être exploité pour tenter de faire face à la maladie. L'une de ces manières implique le recours à des figures spirituelles/religieuses. Comme nous l'avons indiqué, un des objectifs principaux de ce travail était de parvenir à mieux décrire les processus psychiques sous-jacents de cette forme particulière de coping spirituel. Pour ce faire, nous avons décidé d'exploiter le cadre conceptuel de la théorie de l'attachement.

Il se trouve que la dimension relationnelle, indépendamment du religieux, est profondément affectée chez des personnes souffrant de psychose. Comme nous l'avons vu au cours de ce travail, pour de nombreux cliniciens il s'agit de la principale difficulté dans la psychose dont découlent toutes les autres (Minkowski, 1926). Ainsi avant de nous lancer dans l'exploitation du coping en lien avec des figures religieuses/spirituelles, nous avons décidé d'explorer la qualité de l'attachement chez des personnes souffrant de psychose. Cela nous semblait particulièrement important parce qu'il existe extrêmement peu d'études qui investiguent l'attachement dans des populations psychotiques avec des outils scientifiquement validés.

8.8.1 Qualité de l'attachement dans la psychose

Nous avons évalué systématiquement le type d'attachement chez 28 patients souffrant de psychose chronique et 18 participants contrôles provenant d'une population non psychiatrique. Nous avons identifié une prévalence importante d'un attachement de type inséure-détaché chez les personnes souffrant de psychose. Par ailleurs nous avons mis en évidence qu'une proportion significativement plus importante de personnes appartenant au groupe des patients ont vécu des expériences relationnelles traumatisantes durant leur enfance par rapport aux participants contrôles.

Un attachement de type inséure-détaché illustre l'évitement par toutes sortes de moyens cognitifs, émotionnels et comportementaux de l'activation du système d'attachement. Le décalage dans le discours des patients entre la mémoire épisodique et la mémoire sémantique, mesuré par le AAI, illustre ce fonctionnement. Là où les expériences relationnelles réelles viennent faire souffrir la personne, sa mémoire tend à lui faire défaut de manière à ce qu'elle puisse se construire une représentation corrigée, voire idéalisée des figures d'attachement précoces.

Benedetti et bien d'autres cliniciens encore, insistent sur l'existence d'un ensemble d'échanges relationnels, de modes de communication, de rejets, d'inversion des rôles pathologiques qui se sont produits entre la personne souffrant de psychose et ses parents durant son enfance. Ainsi plus l'écart est grand entre les expériences réelles et la représentation que l'enfant doit pouvoir se faire des personnes de soins pour préserver le lien, plus cette correction demande un niveau de distorsion cognitive important qui peut alors s'avérer pathologique. Dans la psychose, la rupture progressive d'avec les évènements émotionnellement chargés de la réalité devient dès lors une réaction fonctionnelle. Elle permet de préserver le lien d'attachement en accordant aux enfants, et plus tard aux adolescents et adultes, de modifier leurs perceptions plutôt que de remettre en question leur image des figures parentales.

L'attachement inséure empiète sur la disponibilité mentale qu'a un enfant pour pouvoir explorer son environnement, ce qui a alors des conséquences importantes sur son développement social et cognitif ultérieur. Nous pensons que lorsque l'enfant doit combler un écart trop important entre la réalité et la construction de l'image mentale du parent, le psychisme se retrouve devant un défi. Ce défi, associé à un terrain héréditaire vulnérable, risque de le déstructurer en développant progressivement une psychose.

De plus, nos résultats montrent que chez des personnes souffrant de psychose chronique, avoir un attachement-insécure détaché est lié à un début plus précoce de la pathologie et à un pronostic plus défavorable au niveau symptomatique.

Ces dernières décennies, les recherches sur l'étiologie de la psychose se sont de plus en plus concentrées sur le fonctionnement neuro-cérébral, physiologique et génétique. Le traitement s'est ainsi de plus en plus réduit à un traitement pharmaceutique au détriment des autres facettes de chaque être humain.

Ce que nous retenons principalement de cette recherche est le fait que les concepts de Bowlby, les descriptions cliniques riches de Benedetti et l'avènement des études développementales s'inscrivant dans la théorie de l'attachement permettent d'enrichir profondément la compréhension de la psychose. Il s'agit là d'un paradigme qui mérite plus d'attention dans l'étude de la schizophrénie, aussi bien au travers d'études rétrospectives que prospectives, pour venir combler les lacunes que connaissent la psychiatrie et la psychologie cliniques concernant sa psychogenèse et son traitement psychothérapeutique.

8.8.2 Figures spirituelles et attachement

Dans ce travail nous avons également exploré le monde fantasmagorique spirituel et religieux des patients et des sujets contrôles. Cela à l'aide d'un entretien semi-directif que nous avons développé pour ce travail, étant donné qu'aucun outil scientifiquement validé n'existe à ce jour. De plus, la plupart des travaux ayant étudié le religieux/spirituel sous l'angle de la théorie de l'attachement ont eu recours à des questionnaires que nous considérons comme excessivement simplistes. Nous avons construit notre entretien semi-directif à partir de différents outils. Pour ce faire, nous avons eu essentiellement recours à la grille d'entretien développée et validée par l'équipe de recherche des HUG (Mohr et al., 2007) permettant d'examiner les croyances et pratiques religieuses/spirituelles chez des personnes souffrant de schizophrénie, et la manière dont ces dimensions sont exploitées pour faire face aux difficultés dans la vie. Ensuite, nous avons introduit dans l'entretien semi-directif plusieurs questions visant à accéder aux modèles internes opérants mobilisés dans la croyance en des figures religieuses ou spirituelles particulières. Cela, en nous appuyant sur l'arrière-plan conceptuel de la théorie de l'attachement et de la méthodologie du AAI. Nous avons ainsi conceptualisé un entretien semi-directif permettant d'investiguer systématiquement les éventuelles croyances ou pratiques en lien avec une figure spirituelle/religieuse, tout en s'adaptant à l'univers de sens singulier de chaque participant.

L'analyse qualitative individuelle de chaque entretien a mené progressivement à la construction d'une grille d'analyse définissant des critères précis, permettant d'identifier si les participants investissent une figure religieuse comme une figure d'attachement, et si dans cette projection prédominent plutôt des patterns relationnels sécures ou insécures.

Rappelons que, selon Bowlby et d'autres chercheurs par la suite, même si les modèles d'attachement principaux acquis dans la relation aux premières personnes de soins restent relativement stables, l'individu fait un grand nombre d'expériences relationnelles différentes au cours de sa vie. De nouveaux apprentissages se font progressivement dans la relation aux pairs, aux collègues de travail, aux professeurs d'école, aux partenaires amoureux et ainsi de suite. Selon les théoriciens de l'attachement, il existe alors une hiérarchie entre ces différents modèles internes opérants (Collins & Read, 1994).

Les recherches en approches cognitives et comportementales montrent que les différents modèles internes opérants seront activés selon le contexte relationnel dans lequel une personne se trouve.

En prenant en compte à la fois les données obtenues par le AAI et l'entretien sur les croyances et pratiques spirituelles et religieuses, nous constatons que la majorité de nos participants, patients et sujets contrôles, transposent leur type d'attachement aux premières figures d'attachement sur leur lien à la figure religieuse/spirituelle, qu'il s'agisse d'un lien sécure ou non.

Nous retenons de ces résultats que le rapport à un plus grand que soi qui dépasse les limites existentielles de l'humain mobilise essentiellement les premiers apprentissages que fait l'enfant avec ses personnes de soins.

Chez certains participants, nous assistons cependant à la transformation de leur relation insécure à la figure religieuse/spirituelle en une relation sécure, ou inversement. Nous ne disposons pas des informations nécessaires pour savoir si la transformation d'un modèle interne opérant activé en lien avec une figure spirituelle peut s'opérer uniquement au sein du monde fantasmagorique religieux, ou s'il n'est que la manifestation de la projection d'une expérience de transformation relationnelle antérieure qui s'est effectuée d'abord par l'intermédiaire d'une personne humaine.

Nous avons néanmoins constaté que les participants qui ont compensé leur modèle interne opérant, d'insécure à sécure, utilisent tous un vocabulaire traduisant des expériences sensibles avec cette figure privilégiée. Ils mentionnent tous avoir vécu une émotion intense liée à un ressenti physique, ou encore avoir eu des hallucinations visuelles

ou auditives ; expériences auxquelles ils donnent un sens religieux/spirituel. On peut alors se demander si ces expériences sensibles font office psychiquement des contacts physiques répétés nécessaires dans l'établissement d'un lien d'attachement décrit par Bowlby.

8.8.3 Coping spirituel et attachement

Les personnes qui témoignent d'un attachement sécuritaire à une figure spirituelle plutôt qu'insécure, rapportent davantage que le religieux/spirituel :

1. les aide pour gérer leur humeur et leurs angoisses
2. leur apporte du réconfort
3. améliore leur capacité à faire confiance à autrui

Nous retiendrons essentiellement que pouvoir disposer d'un modèle interne opérant sécuritaire, que ce soit aux parents ou plus tard à une figure religieuse/spirituelle, est un meilleur pronostic en termes de coping pour l'évolution de la psychose.

Selon Bowlby, un attachement sécuritaire devrait permettre à une personne de se construire une image positive d'elle-même, des autres et de soi en relation avec les autres. Par ailleurs, elle devrait offrir une base sécurisante qui apaise face à l'anxiété et protège mieux de la dépression. Dans notre échantillon de patients, ceci est mesurable au niveau symptomatique essentiellement en ce qui concerne les dimensions du BPRS en lien avec le rapport à soi telles que l'anxiété, la dépression, la culpabilité et celles en lien avec le rapport de soi avec autrui telles que la suspicion et les idées délirantes.

Rappelons qu'un des objectifs principaux de cette étude était de voir si les dynamiques d'attachement pouvaient être sous-jacentes à certains processus de coping en lien avec des figures spirituelles. Nos résultats montrent effectivement que pour la majorité des participants, patients et contrôles, il en est ainsi. Cependant, contrairement à ce que semblent insinuer de nombreuses études antérieures portant sur l'attachement religieux, notre recherche permet de montrer que le religieux n'a pas une fonction psychologique exclusivement liée à l'attachement qui s'expliquerait par le type d'attachement selon les hypothèses de compensation et de correspondance. En d'autres termes, le religieux/spirituel répond à bien d'autres fonctions psychologiques encore que celle d'offrir une figure d'attachement idéale. Nous avons pu montrer en effet que le recours à une figure spirituelle sur le mode de l'attachement était davantage lié à la tradition religieuse/spirituelle dans laquelle s'inscrit une personne qu'à son type d'attachement. Par

ailleurs, en examinant le processus d'attachement à une figure spirituelle, on constate qu'il est dynamique et qu'il peut évoluer en passant par différents modèles d'attachement. Comme mentionné préalablement, dans la majorité des cas, le modèle activé vis-à-vis de la figure spirituelle correspond à celui acquis dans le contexte des expériences relationnelles en lien avec les premières figures d'attachement. Cependant pour certains, d'autres modèles d'attachement provenant d'apprentissages en lien avec d'autres relations que les figures d'attachement primaires sont projetés sur la relation à la figure spirituelle.

Rappelons par ailleurs qu'à l'âge adulte, les dynamiques d'attachement ne sont accessibles qu'au travers d'investigations approfondies et sophistiquées. Il se trouve néanmoins que les expériences relationnelles précoces et la manière dont elles sont venues affecter la construction cognitive et affective d'un individu ne sont saisissables que de manière rétrospective. Les relations adultes sont complexes, et puisent dans un réservoir d'expériences relationnelles riches. Pour terminer, ce que nous retenons de cette recherche, est qu'en tant que lieu de projection fantasmagorique intime, l'étude du religieux semble représenter un lieu privilégié pour l'étude de l'attachement, de l'évolution, et de la transformation de modèles internes opérants, tout particulièrement chez des personnes isolées socialement. Les recherches à venir gagneraient probablement à se concentrer davantage sur l'étude de ces processus de manière longitudinale, pour parvenir à mieux cerner les stades par lesquels passent ces évolutions.

9 BIBLIOGRAPHIE

- Ainsworth M. D. (1985). Attachments across the life span. *Bulletin of New York academy of medicine*, 61, 792-812.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Walters, E., Walls, S. (1978). *Patterns of attachment: Psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth M. D. & Wittig B. A., (1969). Attachment and exploratory behaviour at one year-olds in a strange situation, in B.M. Foss (ed.) London, Methuen. *Determinants of infant behavior*, 4, 111-136.
- Allport, G.W. (1950). *The individual and his religion*. New York: Macmillan.
- Andreasen, N; Gelder, M. J., López-Ibor, J. J. (2000). *New Oxford textbook of psychiatry*. Oxford : Oxford University Press
- APA. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American psychiatric association.
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Roth, L. H. (1999). Dimensional approach to delusions: Comparison across types and diagnoses. *American journal of psychiatry*, 156, 1938-1943.
- Argyle, M., & Beit-Hallahmi, B. (1975). *The social psychology of religion*. London: Routledge Kegan Paul.
- Ayele, H., Mulligan, T., Gheorghiu, S. & Reyes-Ortiz, C. (1999). Religious activity improves life satisfaction for some physicians and older patients. *Journal of the american geriatrics society*, 47, 453-455.
- Bagley, C. & Mallick, K. (1997). Self-esteem and religiosity: comparison of 13- to 15-year-old students in catholic and public junior high schools. *Canadian journal of education*, 22, 89-92.
- Bakerman-Kranenburg, M.J. & Van Ijzendoorn, M. H. (1993) A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental psychology*, 29, 870-879.
- Balleyguier, G. (1998). Attachement et tempérament chez le jeune enfant. *Enfance*, 3, 69-81.
- Barker E. (1997) New Religions and Mental health, in D. Bhugra (ed.) *Psychiatry and religion – Context, Consensus and Controversies*, London : (paperback edition).
- Barker, E., (1984). *The Making of a Moonie : Choice or brainwashing?* New York, NY, USA, Oxford, B. Blackwell.
- Barker, M & Gorsuch, R. (1982). Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness. *Journal for the scientific study of religion*, 21, 119-122.

- Barrowclough, C., & Hooley, J. M. (2003). Attribution and expressed emotion: A review. *Clinical psychology review*, 23, 849-880
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of social and personal relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles in young adults: A test of four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61, 226-244.
- Batson, C. D., Schoenrade, P., Ventis, W. L. (1993). *Religion and the individual: A social-psychological perspective*. New-York : Oxford University Press.
- Belsky, J. & Rovine, M. (1987). Temperament and attachment security in the strange situation: an empirical rapprochement. *Child development*, 58, 787-795.
- Benedetti, G. (2002). *La psychothérapie des psychoses comme défi existentiel*. Ramonville Saint-Agne: Edition Erès (Edition originale: 1992).
- Benedetti, G. (1998). *Le sujet emprunté. Le vécu psychotique du patient et du thérapeute*. Ramonville Saint-Agne: Edition Erès (Edition originale: 1991).
- Benedetti, G. (1995). *La mort dans l'âme. Psychothérapie de la schizophrénie : existence et transfert*. Ramonville Saint-Agne : Edition Erès (2000).
- Bergeret, J (1985) *La personnalité normale et pathologique. Les structures mentales, le caractère, les symptômes*. Paris : Bordas (Edition originale : 1974).
- Berry, K., Barrowclough, C., Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: Unexplored issues and questions for further research. *Clinical psychology review*.
- Bettelheim, B. (1982). *Freud and man's soul*. New-york : Knopf.
- Bhugra, D. (1997). *Psychiatry and religion – Context, consensus and controversies*, London: (paperback edition).
- Binswanger, L. (1957). *Le cas de Suzanne Urban. Etude sur la schizophrénie*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Binswanger, L. (1971). Fonction vitale et histoire intérieure de la vie. In *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris: Minuit. (Edition originale, 1924).
- Birgeward, A., & Granqvist, P. (2004). The correspondence between attachment to parents and God: Three experiments using subliminal separation cues. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1122-1135.
- Bleuler, E (1993). *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*. Paris : E.P.E.L. ; G.R.E.C. Edition originale, 1911.
- Bleuler, E (1926). *La schizophrénie*. Paris : Masson

- Borras, L., Mohr, S., Brandt, P.-Y., Gilliéron-Paléologue, C., Eytan, A., Huguelet, P. (2007). Religious beliefs in schizophrenia: their relevance for adherence to treatment. *Schizophrenia bulletin*, 33, 5, 1238-1246
- Bourgeois, M. L. (1999). *Les schizophrénies*. Paris: Puf.
- Bovet, P., Parnas, J. (1993). Schizophrenic delusions: a phenomenological approach. *Schizophrenia bulletin*, 19, 580-597.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss : Vol 1. Attachment*, (2nd Ed). New-York : Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss : Vol 3. Loss*. New-York : Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss : Vol 2. Separation*. New-York : Basic Books.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment : Vol 1*. New-York : Basic Books.
- Bretherton, I. (1990). Open communication and internal working models: Their role in the development of attachment relationships. In R. A. Thompson (ed.), Nebraska symposium on motivation, *Socioemotional development*, 36, 56-113.
- Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed, 1061-1100).
- Brown, G.W. & Bifulco A. (1990) Motherhood, Employment and the Development of Depression: A Replication of a Finding? *British Journal of Psychiatry* 156, 169-179.
- Brown, G.W., Bifulco A., Harris T.O., Bridge L. (1986) Life Stress, Chronic Psychiatric Symptoms and Vulnerability to Clinical Depression. *Journal of Affective Disorders*, 11, 1-19.
- Brown, G. W. & Harris, T. O. (1993). Aetiology of anxiety and depressive disorder in an inner city population: 1. Early adversity . *Psychological medicine*, 23, 143-154.
- Byrd, K. R., & Boe, A. D. (2000). The correspondence between adult attachment dimensions and prayer in college students. *International journal for the psychology of religion*, 11, 9-24.
- Campiche, R (2004). *Les deux visages de la religion. Fascination et désenchantement*. Genève : Labor et Fides.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment, *Child development*, 69, 1107-1128.

- Cassibba, R., Granqvist, P., Costantini, A., Gatto, S. (2008). Attachment and God representations among lay Catholics, priests, and religious: A matched comparison study based on the Adult Attachment Interview. *Developmental Psychology*, 44, 1753-1763.
- Cassidy, J. (1995). Attachment and generalized anxiety disorder. In D. Cicchetti & S. Toth (eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology*, 6, emotion, cognition and representation, 343-370, Rochester: University of Rochester press.
- Cassidy, J., & Shaver P. R. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New-York: Guilford Press.
- Charbonneau, G. (1994). La dialectique idem-ipsé et le maintien de l'identité humaine. *L'art du comprendre*, 1, 107-120.
- Clément, E., Demonique, C., Hansen-Love, L., Kahn. P. (1994). *La philosophie de A à Z*. Paris: Edition Hatier.
- Clercq, Le, M. D. E, Peuskens, J. (2000). Les troubles schizophréniques. Bruxelles : De Boeck
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1994) Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models, In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds), *Advances in personal relationships: vol 5 Attachment processes in adulthood* (53-90). London: Jessica Kingsley.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult Attachment, working models, and relationship quality in couples. *Journal of personality and social psychology*, 58, 644-663.
- Corrigan, P., McCorkle, B., Schell, B., & Kidder, K. (2003). Religion and spirituality in the lives of people with serious mental illness. *Community mental health journal*, 39, 487-499.
- Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant mental health journal*, 11, 259-277.
- Crossley, D. (1995). Religious experience within mental illness: Opening the door on research. *British journal of psychiatry*, 166, 284-286.
- Crowell, J. A., & Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social development*, 4, 294-327.
- Culliford, L. (2002). Spirituality and clinical care. *British medical journal*, 325, 1434-1435.
- Debray, Q. & Pachoud, B. (1993). *Le récit, aspects philosophiques, cognitifs et psychopathologiques*. Paris: Masson.
- De Waelens, A. (1972). *La psychose. Essai d'interprétation analytique et existentielle*. Louvain-Paris: Nauwelaerts.

Dilthey, W. (1947). *Idées concernant la psychologie descriptive et analytique*. Paris: Aubier. (Edition originale, 1894).

Dilthey, W. (1947). Origine et développement de l'herméneutique. *Le monde de l'esprit*. Paris: Aubier. (Edition originale, 1900).

Doering, S., Muller, E., Kopcke, W., Pietzcker, A., Gaebel, W., Linden, M., et al. (1998). Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia bulletin*, 24, 87-98.

Dozier, M. (1990). Attachment organisation and treatment use for adults with serious psychopathology disorders. *Development and psychotherapy*, 2, 47-60.

Dozier, M & Lee, S. (1995). Discrepancies between self- and other report of psychiatric symptomatology. Effekts of dismissing attachment strategies. *Development and psychopathology*, 7, 217-226.

Dozier, M., Stevenson, A. L., Lee, S. W., Velligan, D. I. (1994). Attachment organization and familial overinvolvement for adults with serious psychopathological disorders. *Development and psychotherapy*, 3, 475-489.

Dozier, M., Stovall, K. C., Albus, K., E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New-York: Guilford Press.

Drayton, M., Birchwood, M., Trower, P. (1998). *Early attachment experience and recovery from psychosis*. *British journal of clinical psychology*, 37, 269-284.

Erickson, M. F., Sroufe, L.A., Engeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behaviour problems in preschool in a high-risk sample, in I. Bretherton, E. Waters (eds), *Growing points of attachment theory and research*. *Monographs of the society for research child development*, 50 (1-2 serial, 209), 147-186.

Faravelli, C., Webb, T., Ambonetti, A., Fonnesu, F., Sesarego, A. (1985). Prevalence of traumatic early life events in 31 agoraphobic patients with panic attacks. *American Journal of psychiatry*, 142, 1493-1494.

Fetzer Institute (1999). *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research*. US Department of Health and Human Services.

First, M.B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID)*. Arlington: American psychiatric , Inc

Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic theory from the viewpoint of attachment theory and research, in J. Cassidy & P. R. Shaver, *Handbook of attachment*, New-York and London, The Guilford Press, pp. 595-624.

Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. (2002) *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.

- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 22-31.
- Fontaine, O. & Fontaine, P (2007). *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Edition Retz.
- Fosket, J. & Gordon, L. (2001). Pastoral counselling in Britain: an introduction. *British Journal of guidance & counselling*, 29, 4,373-379.
- Freud, S (, 1927, 2010). *L'avenir d'une illusion*. Paris : Puf (7^{ème} édition)
- Freud, S (1924-25). Note sur le “Bloc magique”. Trad. Coll. In *Oeuvres complètes*, XVII (1992). Paris: Presses Universitaires de France.
- Freud, S. (1911). Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa. In *Cinq psychanalyse*. Paris: Puf. (1954).
- Freud, S. (1909, 1991). Un souvenir d'enfance de Leonard de Vinci. Paris : Gallimard (4^{ème} édition).
- Friedman, S. B., Chodoff, P., Mason, J. W., & Hamburg, D. A. (1963). Behavioural observations on parents anticipating the death of a child. *Pediatrics*, 32, 610-625.
- Galanter, M. (1979). The “Moonies”: A psychological study of conversion and membership in a contemporary religious sect. *American journal of psychiatry*, 136, 165-170.
- Gallup, G., Jr., & Jones, S. (1989). *One hundred questions and answers : Religion in America*. Princeton, NJ: Princeton religious research center.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P. E. (2001) A cognitive model of positive symptoms of psychosis. *Psychological medicine*, 31, 189-195.
- Georges C. & Salomon J. (1989), Internal working models of caregiving and security of attachment at age 6, *Infant mental health jn.*, 10, 222-237.
- Gibbs, H. W., & Achterberg-Lawlis, J. (1978). Spiritual Values and death anxiety: Implication for counseling with terminal cancer patients. *Journal of counselling psychology*, 25, 563-569.
- Godin, A & Hallez, M. (1965). Parental Parental and divine paternity. (In A. Godin (Ed.), From religious experiences to a religious attitude (pp. 65-96). Chicago: Loyola university Press.
- Granqvist, P. (2002). Attachment and religiosity in adolescence: Cross-sectional and longitudinal evaluations. *Personality and social psychology bulletin*, 28, 260-270.
- Granqvist, P. (1998). Religiousness and perceived childhood attachment: On the question of compensation or correspondence. *Journal for the scientific study of religion*, 37, 350-367.

Granqvist, P., & Hagekull, B. (2003). Longitudinal predictions of religious change in adolescence: Contributions from the interaction of attachment and relationship status. *Journal of social and personal relationships, 20*, 793-817.

Granqvist, P., & Hagekull, B. (2002). *The adult attachment interview and religiosity: Probable experiences, states of mind, and two religious profiles*. Manuscript under revision.

Granqvist, P., & Hagekull, B. (2000). Religiosity, adult attachment, and why “singles” are more religious. *International journal for the psychology of religion, 10*, 111-123.

Granqvist, P., & Hagekull, B. (1999). Religiousness and perceived childhood attachment: Profiling socialized correspondence and emotional compensation. *Journal for the scientific study of religion, 38*, 254-273.

Granqvist, P., Ivarsson, T., Broberg, A.G., Hagekull, B. (2007). Examining relations between attachment, religiosity, and New Age spirituality using the Adult Attachment Interview. *Developmental Psychology, 43*, 590-601.

Granqvist, P., Mickulincer, M., & Shaver, P.R. (2010). Religion as attachment: Normative processes and individual differences. *Personality and Social Psychology Review, 14*, 49-59.

Grice, H. P. (1979). Logique et conversion, in R. Barthes et al., (eds), *La conversation*, Paris : Seuil, 57-72.

Griffin, D. W., Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 3, Sep 1994

Guyotat, J. (1963). *Les schizophrénies*. Paris : J. Garnier

Haft, W. L. & Slade, A. (1989). Affect attunement and maternal attachment: A pilot study. *Infant mental health journal, 3*, 157-172.

Hamilton, C. E. (2000). Continuity and Discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child development, 71*, 690-694.

Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American psychologist, 13*, 673-685.

Harris, T., Brown, G.W., Bifulco, A. (1990). Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: a tentative overall model. *Development and psychopathology, 2*, 311-328.

Harris T., Brown G.W., Bifulco A. (1986) Loss of Parent in Childhood and Adult Psychiatric Disorder: The Role of Parental Care. *Psychological medicine, 16*, 641-659.

Hartmann, E., Milofsky, E., Vaillant, G., Oldfield, M., Falke, R., & Ducey, C. (1984). Vulnerability to schizophrenia, prediction of adult schizophrenia using childhood information. *Arch Gen Psychiatry. 41, 11*, 1050-1056

- Harvey, P. D. (2001). Vulnerability to schizophrenia. In R. E Ingram & J. M Price (Eds). *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan*. New-York: Guilford Press. (pp. 355-365).
- Haun, D. L. (1977). Perception of the bereaved, clergy, and funeral directors concerning bereavement. *Dissertation Abstract International*, 37, 6791 A.
- Hay, D. (1982). *Exploring inner space*. Harmondsworth, UK: Penguin.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). *Romantic love conceptualized as an attachment process*. *Journal of personality and social psychology*, 52, 511-524.
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds). , *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical Applications*, New-York: Guilford (pp. 336-355).
- Heiberg, P. A., Kuhr. V., Torsting, E. (1909-1948) *Søren Kierkegaards Papirer*, Copenhagen.
- Heiler, F. (1932). *Prayer*. New York: Oxford University Press.
- Hesse, E. (1999). The adult attachment interview: Historical and current perspectives. In Cassidy, J., & Shaver P. R. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New-York: Guilford Press.
- Hood, R. W., Spilka, B., Hunsberger, B., Gorsuch, R. (1996). *The psychology of religion: An empirical approach* (2ème Ed.). New York: Guilford Press.
- Hughes, P. J. (1989). *The Australian clergy: Report from the combined churches' survey for faith and mission*. Melbourne, Australia: Acorn Press
- Huguelet, P., Mohr, S., Borrás, L., Gilliéron-Paléologue, C. & Brandt, P.-Y. (2008). Spirituality and religious practices in outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatric services*, 57, 3, 366-372.
- Husserl, E. (1991). *Expérience et jugement*. Paris: PUF. (Edition Originale: 1938-39).
- Isabella, R. A. et Belsky, J. (1991), Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: a replication study, *Child development*, 62, 373-384.
- James, W. (1902). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. New-York: Modern Library.
- Jenkins, R., & Pargament, K.I. (1988). Cognitive appraisals in cancer patients. *Social science and medicine*, 26, 625-633.
- Jones, E., & Watson, J. P. (1997). Delusion, the overvalued idea and religious beliefs: A comparative analysis of their characteristics. *British journal of psychiatry*, 170, 381-386.
- Karen, R., (1998). *Becoming attached*. New York, Oxford: Oxford University Press.

- Kaufman, G. D. (1981). *The theological imagination: Constructing the concept of God*. Philadelphia: Westminster.
- Kehoe, N. C. (1999). A therapy group on spiritual issues for patients with chronic mental illness. *Psychiatric Services*, *50*, 1081-1083.
- Kendler, K. S., Heath, A. C., Martin, N. G., Eaves, L. J. (1987). Symptoms of anxiety and symptoms of depression. *Archives of general psychiatry*, *44*, 451-457.
- Kirkpatrick, L. A. (1999). Attachment and religious representations and behaviour. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications*, New-York: Guilford, (pp. 336-355).
- Kirkpatrick, L. A. (1998). God as a substitute attachment figure: A longitudinal study of adult attachment style and religious change in college students. *Personality and social psychology bulletin*, *24*, 961-973.
- Kirkpatrick, L. A. (1997). A longitudinal study of changes in religious belief and behaviour as a function of individual differences in adult attachment style. *Journal for the scientific study of religion*, *36*, 207-217.
- Kirkpatrick, L. A. (1994). The role of attachment in religious belief and behavior. In D. Perlman & K. Bartholomew (Eds.), *Advances in personal relationships*, *5*, pp. 239-265).
- Kirkpatrick, L. A. & Davis, K. E. (1994). Attachment style, gender, and relationship stability: A longitudinal analysis. *Journal of personality and social psychology*, *66*, 502-512.
- Kirkpatrick, L. A. & Hazan, C. (1994). Attachment style and close relationships: A four-year prospective study. *Personal relationships*, *1*, 123-142.
- Kirkpatrick, L. A. & Shaver, P. R. (1992). An attachment theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality and social psychology bulletin*, *18*, 266-275.
- Kirkpatrick, L. A. & Shaver, P. R. (1990). Attachment theory and religion: Childhood attachments, religious beliefs, and conversion. *Journal for the scientific study of religion*, *29*, 315-334.
- Kirov, G., Kemp R., Kirov. K., David. A-S., (1998). Religious faith after psychotic illness. *Psychopathology*, *31*, 234-245.
- Klein, M. (1952). *Les origines du transfert. Le transfert et autres écrits*. (2^{ème} édition, 1995). Paris : P.U.F.
- Kobak, R. R., Cole, H. R., Ferenz-Gilles R., Fleming W. S. et Gamble W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving : a control theory analysis, *Child development*, *64*, 231-245.

- Kobak, R., Rosenthal, N., Zajac, K., Madsen, S. (2007). Adolescent attachment hierarchies and the search for an adult pair bond. *New directions in child development: Adolescent Attachment*, 57-72.
- Koenig, H.G. (1998). *Handbook of religion and mental health*. San Diego: Academic Press.
- Koenig, H. G., Georges, L.K., Siegler, I. C. (1988). The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *Gerontologist*, 28, 303-310.
- Koenig, H.G., Shillito, D. J., & Kellas, S. L., (1998). *Loneliness, social support, and perceived relationships with god*. Unpublished manuscript, College of William and Mary.
- Kohut, H. (1973) *Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung der narzisstischen Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart
- Kroll, J., & Sheehan, W. (1989). Religious beliefs and practices among 52 psychiatric inpatients in Minnesota. *American journal of psychiatry*, 146, 67-72.
- Lacan, J. (1966). D'une question préliminaire à tout traitement de la psychose. In *Les Ecrits*. Paris: Seuil.
- Lalonde, P. (1999). Schizophrénies. In P. Lalonde & F. Grundberg (Ed.), *Psychiatrie bio-psycho-sociale*. Montréal: Gaëtan Morin, (pp. 242-285).
- Lamb, M. E. (1977). The development of mother-infant and father-infant attachments in the second year of life. *Developmental psychology*, 13, 6, 637-648.
- Lanteri-Laura, G. & Gros, M. (1992) *Historique de la schizophrénie*. *Encycl. Méd. Chir. Paris, Psychiatrie*, 37281 C 10, 9-1982.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Puf.
- Larson D.B., Lu F.G., Swyers J.P. (1997). *A model curriculum for psychiatry residency training programs: religion and spirituality in clinical practice, Revised edition*. Rockville, MD: National institute for healthcare research.
- Lebovici, S. (1991). La théorie de l'attachement et la psychanalyse contemporaine. *Psychiatrie de l'enfant*, 2, 309-339.
- Le Camus, J. (1992). Attachment et détachement : examen critique de la théorie de Bowlby (1907-1990), *Enfance*, 46, 1992, 201-212.
- Le Camus, J. (1995). *Pères et bébés*. Paris : L'Harmattan.
- Le Camus, J. (2000). *Le vrai rôle du père*. Paris : Odile Jacob.
- Liotti, G. (1999). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic inquiry*, 19, 5, 757-783.

- Lorenz, K. (1965). *Essai sur le comportement animal et humain*. Paris : Seuil, traduction 1970.
- Loveland, G. G. (1968). The effect of bereavement on certain religious attitudes. *Sociological symposium, 1*, 17-27.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K, H. & Ventura, J. (1990). Brief psychiatric rating scale. Département de psychiatry et des sciences du comportement, UCLA.
- Lukoff, D., Lu, F.G., Turner, R. (1995). Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *The psychiatric clinics of north america, 18*, 467-485.
- Macbeth, A., Gumley, A., Schwannauer, M., Fisher R. (2011). Attachment states of mind, mentalization, and their correlates in a first-episode psychosis sample. *Psychology psychotherapy theory: research and practice, 84*, 42-57.
- Macklin, R. (1973). Values in Psychoanalysis and Psychotherapy: A Survey and Analysis, *The american journal of psychoanalysis, 33*, 133-50
- Mahler, M (1973). *Psychose infantile – Symbiose humaine et individuation*. Paris : Edition Payot.
- Main, M. (1998). De l'attachement à la psychopathologie. *Enfance, 3*, 13-27.
- Main, M. (1990), Cross-cultural studies of attachment organization: recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies, *Human development, 33*, 48-61.
- Main, M. & Goldwyn, R (2003). Adult attachment rating and classification system. In M. Main (ed.), *A topology of human attachment organization assessed in discourse, drawings and interviews*. New-York: Cambridge University Press.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and /or frightening parental behaviour the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*, Chicago: University of Chicago press. (pp. 161-182).
- Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the society for research in child development, 50*, 66-104.
- Main, M & Morgan, H. (1996). Disorganisation and disorientation on infant strange situation behaviour. IN I. K. Michelson & W. J. Ray, (eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives*, New-York, Plenum press, (pp.107-138).
- Malantschuk, G. (1961). *Indførelse i S. Kierkegaards forfatterskab*. Copenhagen: Munksgaard.
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal processes in psychotherapy. *Psychotherapy research, 10*, 239-266.

- Maton, K. (1989). The stress-buffering role of spiritual support : Cross-sectional and prospective investigations. *Journal for the scientific study of religion*, 28, 310-323.
- McClain, E. W. (1978) Personality differences between intrinsically religious and nonreligious students: a factor analytic study. *Journal of personality assessment*, 42, 159-166.
- McFadden, S. H., & Levin, J.S. (1996). Religion, emotions, and health. In C. Magai & S. H. Mc Fadden (Eds). *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 349-365). San Diego, CA: Academic press.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: *A longitudinal study. Social Development*, 7, 1–24.
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of personality and social psychology*, 73, 1092-1106.
- Mickley, J.R., Pargament, K.I., Brant, C.R. & Hipp, K.M. (1998). God and the search for meaning among hospice caregivers. *The hospice journal*, 13(4), 1–17.
- Mickulincer, M., & Florian, V. (1998). The relation between adult attachment styles emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds)., *Attachment theory and close relationships*. London: Guilford Press. (pp. 143-165).
- Mickulincer, M., Shaver, P. R., Cassidy, J., Berant, E. (2009) Attachment related defensive processes, in J. H. Obegi and E. Berant, (eds), *Attachment theory and research in clinical work with adults*, New-York: Guilford Press
- Miljokovitch R., Pierrehumbert B. (2005). Le père est-il l'égal de la mère ? Considérations sur l'attachement père-enfant. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 35, 115-129.
- Million, T. (1983). *The million clinical multiaxial inventory manual* (3rd ed.), Minneapolis, MN : National Computer system.
- Minkowski, E. (2002). *La schizophrénie*. (Edition originale: 1927). Paris: Editions Payot & Rivages.
- Minkowski, E. (1926). *La Notion de perte de contact vital avec la réalité et ses applications en psychopathologie*. Paris: Jouve et Cie.
- Mohr, S., Brandt, P.-Y., Borrás, L., Gilliéron-Paléologue, C., & Huguelet, P. (2006). Toward an integration of religiousness and spirituality into the psychosocial dimension of schizophrenia. *The american journal of psychiatry*, 163, 11, 1952-1959.
- Mohr S., Gillieron C., Borrás L., Brandt P.-Y., Huguelet P. (2007). The assessment of spirituality and religiousness in schizophrenia. *Journal of nervous and mental disease*, 195, 3, 247-253.

- Mohr, S., & Huguelet, P. (2004). The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss medical weekly*, 134, 369–376.
- Morgan, C, Kirkbride, J., Leff, J., Craig, T., Hutchinson, G., McKenzie, K., et al. (2007). Parental separation, loss and psychosis in defferent ethnic groups: a case control study. *Psychological medicine*, 37, 495-503.
- Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R et al. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 66, 493-499.
- Myers, D.G. (1992). *The pursuit of happiness*. New York: Morrow.
- Naudin, J. & Azorin, J.-M. (1998). Le concept d'identité chez Ricœur et l'expérience psychiatrique. *Confrontations psychiatriques*. N. 39.
- Neeleman, J., & Lewis, G. (1994). Religious identity and comfort beliefs in three groups of psychiatric patients and a group of medical controls. *International Journal of social psychiatry*, 40, 124-134.
- Neeleman, J., & King, M. B. (1993). Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: A survey of 231 psychiatrists. *Acta psychiatrica scandinavica*, 88, 420-424.
- Nelson, M. O. (1971) The concept of God and Feelings toward parents. *Journal of individual psychology*, 27, 46-49.
- Nelson, M. O., & Jones, E. M. (1957). An application of the Q-technique to the study of religious concepts. *Psychology reports*, 3, 293-297.
- Niederland, W. G. (1959). The “Miracle-up” world of Schreber’s Childhood. *Psychoanal. study child*, 14, 383-413.
- Niethammer, R., & Breitmaier, J. (2005). Self-immolation as an effort of self-rescue during a psychotic episode. *Psychiatrische praxis*, 32, 252-4.
- Nuechterlein , K. M. & Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia bulletin*, 10, 300-312.
- Offord, D. R. & Cross, L. A. (1969). Behavioral antecedents of adult schizophrenia: A review. *Archives of general psychiatry*, 21, 267-283.
- Oler, G.A. (1998). Religious coping and psychological adjustment among African American Christians. *Dissertation abstracts international: Section B: the sciences & engineering*, 58(11-B), 6242.
- Onstad, S., Skre, I., Edvardsen J., Torgersen, S., & Kringlen, E. (1993). Mental disorders in first-degree relatives of schizophrenics. *Acta Psychiatr. Scand*, 88:85–92

- Pachoud, B. (1993). Rôle des processus inférentiels dans l'activité narrative et dans la communication. Incidences sur l'étude du discours des schizophrènes, in Q. Debray., B. Pachoud (eds), *Le Récit, aspects philosophiques, cognitifs et psychopathologiques*. Paris : Masson.
- Palouzian, R. F. & Kirkpatrick, L. A. (Eds). (1995). Religious influences on personal and societal well-being. (special issue). *Journal of social issues*, 51, 2.
- Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping*. New-York: The Guilford Press.
- Pargament, K. (1990). God help me: Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the social scientific study of religion*, 2, 195-224.
- Pargament, K., & Brant, C. (1998). Religion and coping. In H. Koenig (Ed.), *Handbook of religion and mental health*, San Diego: Academic Press. (pp. 111-128).
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*, 37, 710-724.
- Pargament, K., Steel, R.E., Tyler, F. B. (1979). Religious participation, religious motivation, and individual psychosocial competence. *Journal for the scientific study of religion*, 18, 412-419.
- Parker, G, Tulping, H., Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British journal of medical psychology*, 52, 1-10.
- Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: International Universities Press.
- Pedersen, F. A., Rubenstein, J. L. Yarrow, L. J. (1979). Infant development in father-absent families. *Journal of genetic psychology*, 135, 51-61.
- Penn, D. L, Corrigan, P. W., Bentall, R. P., Racenstein, J. M., Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological bulletin*, 121, 114-132.
- Perry, B. D., Pollard, R. A, Blakley, T. L., Baker, W. L., Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and the “use dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant mental health journal*, 16, 271-291.
- Peters, E., Day, S., McKenna, J., Orbach, G. (1999). Delusional ideation in religious and psychotic populations. *British journal of clinical psychology*, 38, 83-96.
- Piaget, J. (1948). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Pieper, J.Z.T. (2004). Religious coping in highly religious psychiatric inpatients. *Mental Health, religion & culture*, 7, 349-363.
- Pierre, J. (2001). Faith or delusion ? At the crossroads of religion and psychosis. *Journal of psychiatric practices*, 7, 163-172.

- Pierrehumbert, B. (2005) *Le premier lien : théorie de l'attachement*. Paris: Odile Jacob.
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Milikovitch, R., Halfon, O. (1996). Les modèles de relation: Développement d'un autoquestionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'enfant*, 1, 161-206.
- Pierrehumbert, B & Iannotti, R. (1988) Explications causales et style d'attribution causales chez l'enfant : deux théories, deux réalités ? *Cahier de psychologie cognitive*, 8, 363-382.
- Pietromonaco, P. R., & Feldman Barrett, L. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of general psychology*, 4, 155-175.
- Pionnié, N & Atger, F (2003). Attachment et psychopathologie. *Perspectives Psy*, 42, 129-133.
- Platts, H., Tyson, M., Mason, O. (2002). Adult attachment styles and core beliefs: Are they linked? *Clinical psychology and psychotherapy*, 9, 332-348.
- Pollner, M. (1989). Divine relations, social relations, and well-being. *Journal of health and social behaviour*, 30, 92-104.
- Poloma, M. M., & Gallup, G. H., Jr. (1991). *Varieties of prayer : A survey report*. Philadelphia: Trinity press international.
- Poperen, J. (1957). *M. de Robespierre, textes choisis*. Paris: Editions Sociales
- Pringuey, D. (1997). L'impatience schizophrénique. *L'évolution psychiatrique*, 62, 2, 357-367.
- Putnam, F.W. (1991). Dissociative disorders in children and adolescents: A development perspective. *Psychiatric clinics of North America*, 14, 519-531.
- Racamier, P.-C. (1962). Propos sur la réalité dans la théorie psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, 26 (1B), 675-710.
- Racamier, P.-C. (1980). *Les schizophrènes*. Paris: Payot.
- Radke-Yarrow M., Cummings E.M., Kuczynski, L., Chapman, M., (1985). Patterns of attachment in two-and three-years-old in normal families and families with parental depression. *Child development*, 56, 884-893.
- Raskin, A., Boothe, H. H., Reatig, N. A., Schulterbrandt, J. G., Odel, D. (1971). Factor analyses of normal and depressed patients memories of parental behavior. *Psychological reports*, 29, 871-879.
- Rausky, F. (1997). *Mesmer ou la révolution thérapeutique*. Paris : Payot.
- Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A., Connolly, J. (2001) The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*, 64, 319-345

- Reed, B. (1978). *The dynamics of religion : Process and movement in Christian churches*. London : Darton, Longman & Todd.
- Ricœur, P. (1986). *Du texte à l'action*. Paris: Seuil.
- Roberts, D. (1997). Transcending barriers between religion and psychiatry. *British journal of psychiatry*, 171, 188.
- Roberts, J.A., Brown, D., Elkins, T., Larson, D.B. (1997). Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *American journal of obstetrics and gynecology*, 176, 166–172.
- Robertson, J. & Robertson J. (1969). *John*. Tavistock Child Development Research (documentary, movie 43 mins).
- Rosenstein, D. S., & Horovitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology . *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 2, 244-253.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1995). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris: Fayard.
- Rousseau, J. J. (2010) *Du contrat social*. (Edition originale : 1762), Paris : H. Champion ; Genève : diff. Slatkine.
- Sagi, A., Van Ijzendoorn M. H., Aviezer, O., Donnell, F. (1995). Attachments in multiple caregivers and multiple-infant environment: The case of the Israeli Kibbutzim. *Monographs of the society for research in child development*, 60, 1-2, 17-91.
- Schatzman, M. (1971) «Paranoia or persecution: the case of Schreber», *Family Process*, 10, 2, 177-207.
- Schwab, R. & Petersen, K. U. (1990). Religiousness: Its relation to loneliness, neuroticism and subjective well-being. *Journal for the scientific study of religion*, 29, 335-345.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco : W. H. Freeman.
- Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A., von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of abnormal psychology*, 88, 242-247.
- Shafranske, E. (1996). *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington: American psychological association.
- Shaver, P., Hazan, C., Bradshaw, D. (1988). Love as attachment: The integration of three behavioral systems. In R. Sternberg, M. Barnes (Eds.), *The psychology of love*, New Haven: Yale University Press (pp. 68-99).
- Siddle, R., Haddock, G., Tarrier, N., Faragher, E. B. (2002). Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37, 130-138.

- Siegler, M. & Osmond, H. (1976). The doctor and the dying role. *Practitioner*, 216, 1296, 690-4.
- Silva, J. A., Leong, G. B., Weinstock, R. (1997). Violent behaviors associated with the antichrist delusion. *Journal of forensic science*, 42, 1058-1061.
- Simpson., J. A., & Rholes, W. S. (1998). Attachment in adulthood. In J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 4-19). London Guilford Press.
- Sims, A. (1999). The cure of souls: Psychiatric dilemmas. *International review of psychiatry*, 11, 97-102.
- Sims, A. (1995). *Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology*. London: WB Saunders.
- Spangler, G. & Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organisation in securely and insecurely attached infants. *Child development*, 64, 1439-1450.
- Spilka, B., Addison, J., & Rosensohn, M. (1975). Parents, self and god: A test of competing individual-religion relationships. *Review of religious research*, 16, 154-165.
- Spiro, M. (1966). *Religion: Problems of definition and explanantion*. London: (Ed) Anthropological aproches to the study of religion.
- Spitz, R. A., (1947) *De la naissance à la parole*. Paris : PUF. Traduction 1968.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M. (1987). *Instruction manual fort he structured clinical interview for DSM-III-R (SCID)*. New-York: Biometrics Research Department, New-York state psychiatric institute.
- Sroufe, L. A. (1985). Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Child development*, 64, 1439-1450.
- Sroufe, L. A. (1979). The coherence of individual development. Early care, attachment and subsequent developmental issues. *American psychologist*, 34, 10, 834-841.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child development*, 48, 1184-1199.
- Starbuck, E. D. (1899). *The psychology of religion*. New-York: Charles Scribner's Son.
- Strunk, O. (1959). Perceived relationships between parental and deity concepts. *Psychological Nwesletter*, 10, 222-226.
- Swinton, J. (2001). *Spirituality and mental health care*. London: Jessica Kingsley.
- Tait, L., Birchwood, M., Trower, P. (2004). Adapting to the challenge of psychosis: Personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies. *British journal of psychiatry*, 185, 410-415.

- Tamayo, A. & Desjardins, L. (1976). Belief systems and conceptual images of parents and God. *Journal of psychology*, 92, 131-140.
- Tatossian, A. (1994). L'identité humaine selon Ricœur et le problème des psychoses. *L'art du comprendre*, 5, 187-192.
- Tellenbach, H. (1987). *Psychiatrie als geistige Medizin*. München: Verlag für Angewandte Wissenschaften GmbH.
- Tepper, L., Rogers, S. A., Coleman, E. M., Malony, H. N. (2001). The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatric services*, 52, 660-665.
- Thara, R., & Eaton, W. W. (1996). Outcome of schizophrenia: The Madras longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 516-522.
- Thomson, R.A. (1999). Early attachment and later development, in J. Cassidy & Shaver, P.R. *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications* New-York, London Press, (pp. 265-286).
- Thorgeson, S. (1988). Genetics. In C. Last & M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders*, pp.159-170. New-york: Pergamond press.
- Tulving, E. (1987). Multiple memory system and consciousness. *Human neurobiology*, 6, 67-80.
- Turner, R. P., Lukoff, D., Barnhouse, R. T., Lu, F. G. (1995). Religious or spiritual problem: A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *Journal of nervous and mental disease*, 183, 435-444.
- Tyrrell, C. & Dozier, M. (1997). *The role of attachment in therapeutic process and outcome for adults with serious psychiatric disorders*: Paper presented at the biennial meeting society for research in child development, Washington, DC.
- Ullman, C. (1982). Cognitive and emotional antecedents of religious conversion. *Journal of Personality and social psychology*, 43, 183-192.
- Van Ijzendoorn, M. H., Moran, G., Belsky, J., Pederson, D., Bakermans-Kranenburg, M. J., Kneppers, K. (2000). The similarity of siblings' attachments to their mother. *Child development*, 71, 4, 1086-1098.
- Van Ijzendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 64, 8-21.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the perspective validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological bulletin*, 117, 387-403.
- Van Ijzendoorn, M. H., Dijkstra, J., Bus, A.G. (1995). Attachment intelligence and language: A meta-analysis, *Social development*, 4 (2), 115-128.

- Van Ijzendoorn, M. H. (1990). Developments in Cross-Cultural Research on Attachment: Some Methodological Notes. *Human Development*, 33, 3-9.
- Van Os, J., Read, J. Morrisson, A. P., Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta psychiatrica scandinavica*, 112, 5, 330-50.
- Ventis, W. L. (1995). The relationships between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, 51, 33-48.
- Vergot, A. & Tamayo, A. (1981). *The parental figures and the représentation of God*. The Hague : Mouton.
- Vincent, T. (1995). *La psychose freudienne: l'invention psychanalytique de la psychose*. Paris: Arcanes.
- Von Weizsäcker, V. (1951). *Der kranke Mensch: eine Einführung in die medizinische Anthropologie*. Stuttgart: K. F. Koehler, Cop.
- Waller, N. G. & Ross, C. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxonomic and behaviour genetic findings. *Journal of abnormal psychology*, 106, 499-510.
- Ward, M. J., Vaughn, B. E., Robb, M. D. (1988). Social emotional adaptation and infant-mother attachment in siblings: Role of the mother in cross-sibling consistency. *Child development*, 59, 643-651.
- Warren, S. L., Hutson, L., Egeland B., Sroufe, L.A. (1997). Childhood and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 36, 637-644.
- Waters, E. (1978). The reliability and stability of individual differences in infant-mother attachment. *Child development*, 49, 483-494.
- Watt, N. F. (1978). Patterns of childhood social development in adult schizophrenics. *Archives of general psychiatry*, 35, 160-165.
- Watt, N. F. (1972). Longitudinal changes in the social behavior of children hospitalized for schizophrenia as adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 155, 42-54.
- Weaver, A. J., Samford, J. A., Larson, D. B., Lucas, L. A., Koenig, H. G., Patrick, V. (1998). A systematic review of research on religion in four major psychiatric journals: 1991-1995. *Journal of nervous and mental disease*, 186, 187-190.
- Weber, R.A., Levitt, M.J., Clark, M. C. (1986). Individual variation in attachment security and Strange Situation behaviour: The role of maternal and infant temperament. *Child development*, 57, 56-65.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A. (1999). The nature of individual differences in infant-caregivers attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds). ,

Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. New-York: Guilford Press, (pp. 68-88).

Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behaviour* (pp. 171-184). New York: Basic Books.

Wenegrat, B. (1989). *The divine archetype: The socio-biology and psychology of religion*. Lexington, MA: Lexington Books.

Widlöcher, D., Laplanche, J., Fonagy et al., (2000). *Sexualité infantile et attachement*. Paris: PUF.

Winnicott, D. W. (1957). *The Child and the family: first relationships*. London, Tavistock Publications.

Wright, S. A. (1987). *Leaving Cults: The dynamics of defection* (monograph No 7).

Wulf, D. M. (1991). *Psychology of religion: classic and contemporary views*. New York: Wiley.

Yinger, J. M. (1970). *The scientific study of religion*. London: Macmillan.

Young, K. (1926). The psychology of hymns. *Journal of abnormal and social psychology*, 20, 391-406.

Zaouche-Gaudron, C. (2001). *La problématique paternelle*. Ramonville Saint-Agne : Edition Erès.

Zeanah, C. H. & Zeanah, P. D. (1989). Intergenerational transmission of maltreatment: Insight from attachment theory and research. *Psychiatry*, 52, 177-196

Zimmermann P., Mohr C., Spangler G. (2009). Genetic and attachment influences on adolescents' regulation of autonomy and aggressiveness. *J Child Psychol Psychiatry*, 50, 11,1339-47.

10 INDEX DES AUTEURS

A

Abraham, 29
Achterberg-Lawlis, 167, 335
Ainsworth, 107, 111, 112, 113, 118, 119, 124, 125, 126, 128, 141, 149, 155, 157, 159, 174, 178, 330
Allport, 159, 330
Andreasen, 33, 330
Appelbaum, 88, 330
Argyle, 154, 330
Aristote, 80
Ayele, 166, 330
Azorin, 55, 72, 73, 74, 75, 76, 123, 342

B

Bagley, 166, 330
Bailey, 130
Baker, 166
Bakerman-Kranenburg, 124, 330
Balint, 100, 110
Balleyguier, 117, 119, 330
Barker, 80, 330
Barrowclough, 147, 331
Bartholomew, 126, 157, 331, 333, 338
Bates, 117
Batson, 25, 331
Beit Hallahmi, 154
Belsky, 112, 114, 118, 331, 337, 347
Benedetti, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 82, 83, 84, 85, 86, 169, 170, 173, 308, 309, 310, 311, 325, 326, 331
Berant, 201, 202, 341
Bergeret, 52, 67, 68, 70, 331
Berry, 14, 145, 171, 331
Bettelheim, 79, 117, 331
Bhugra, 81, 330, 331
Bifulco, 97, 134, 332, 336
Binswanger, 29, 53, 55, 56, 331
Bion, 103, 109, 110
Birgegard, 312, 313, 331
Bleuler, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 39, 42, 43, 45, 46, 54, 60
Boe, 156, 332
Borras, 312, 323, 332, 337, 341

Bourgeois, 28, 29, 30, 35, 36, 55, 331, 332
Bovet, 41, 332
Bowlby, 70, 95, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 115, 117, 119, 120, 124, 125, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 136, 137, 141, 142, 146, 149, 152, 153, 154, 161, 165, 166, 170, 173, 174, 178, 182, 183, 185, 192, 194, 201, 202, 207, 218, 219, 238, 258, 259, 264, 275, 305, 308, 309, 310, 311, 316, 317, 326, 327, 328, 332, 339
Brant, 89, 173, 341, 343
Breitmaier, 88, 342
Bretherton, 108, 131, 133, 152, 332, 334, 340
Brown, 97, 126, 134, 137, 332, 336, 343, 345
Byrd, 156, 332

C

Campiche, 86, 332
Camus, 116, 339
Carlson, 132, 139, 332, 348
Cassiba, 163, 313, 314, 319
Cassidy, 108, 109, 112, 136, 137, 201, 202, 333, 334, 337, 338, 340, 341, 347, 348
Charbonneau, 74, 123, 182, 183, 333
Clément, 22, 72, 333
Clercq, Le, 35, 333
Collins, 126, 316, 327, 333
Corrigan, 86, 333, 343
Crittenden, 122, 333
Cross, 41, 335, 340, 342, 348
Crossley, 87, 333
Crowell, 112, 123, 126, 127, 333
Culliford, 87, 333

D

Darwin, 165, 312
Davis, 160, 338
Dawson, 38, 147, 342
De Waelhens, 50
Debray, 73, 75, 76, 333, 343

Dilthey, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 74, 334

Doering, 88, 146, 171, 334

Dozier, 135, 136, 137, 138, 139, 141, 143, 144, 148, 170, 199, 303, 334, 347

Drayton, 146, 334

E

Eaton, 88, 347

Erickson, 128, 334

F

Fairbairn, 100, 110

Fantz, 97

Farravelli, 137

Faugeras, 54

Feldman Barrett, 108, 127, 146, 344

First, 200, 334

Flechsigt, 47, 48

Florian, 148, 341

Fonagy, 109, 134, 135, 147, 334, 335, 349

Fontaine, 104, 108, 184, 335

Fosket, 79, 335

Fowler, 146, 335

Freud S, 42, 43, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 60, 61, 69, 99, 110, 117, 141, 150, 151, 169, 178, 183, 308, 316, 331, 335

Freud A, 99, 100, 104, 110

Friedman, 89

G

Gallanter, 167

Gallup, 150, 166, 335, 344

Garety, 149, 335

Georges, 126, 167, 335, 339

Gibbs, 167, 335

Godin, 151, 335

Goldwyn, 134, 340

Gordon, 80, 335

Gorsuch, 166, 330, 337

Gumley, 303

Granqvist, 154, 156, 159, 161, 162, 163, 175, 179, 180, 268, 311, 312, 313, 314, 320, 322, 331, 333, 335, 336

Grice, 203, 336

Griffin, 126

Gros, 29, 30, 339

Grossman, 286

Grossmann, 118, 346

Guyotat, 29, 336

H

Haft, 114, 336

Hagekull, 154, 156, 159, 162, 320, 322, 336

Hallez, 151, 335

Hamilton, 127, 336

Harlow, 96, 101, 336

Harris, 97, 137, 332, 336

Harrow, 35

Hartman, 42

Harvey, 147, 337

Haun, 159, 337

Hay, 80, 337

Hazan, 125, 127, 143, 150, 157, 160, 337, 338, 345

Heiberg, 22, 337

Heidegger, 22

Heiler, 153, 337

Hesse, 101, 126, 139, 140, 191, 337, 340

Hippocrate, 80, 116

Hood, 153, 337

Hooley, 147, 331

Horovitz, 134, 345

Horowitz, 137, 157, 331

Hughes, 150, 337

Huguelet, 13, 79, 324, 332, 337, 341, 342, 374, 375, 376, 377

Husserl, 21, 55, 71, 337

I

Iannotti, 130, 344

Isabella, 112, 114, 337

J

James, 24, 104, 105, 154, 159, 337

Jenkins, 167, 337

Jones, 88, 150, 151, 335, 337, 342

Jung, 29, 39, 43, 82

K

Kagan, 117

Kahlbaum, 33

Kaplan, 112, 340

Karen, 98, 99, 337

Kaufman, 154, 338

Kehoe, 90, 338

Kellerhals, 106

Kendler, 136, 338

Kierkegaard, 18, 22, 23, 24, 26, 172
King, 87, 342
Kirkpatrick, 14, 127, 150, 151, 152, 153,
154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 166,
167, 174, 194, 219, 227, 265, 268, 311,
313, 314, 322, 338, 343
Kirov, 86, 89, 338
Klein, 51, 98, 99, 100, 103, 110, 338
Kobak, 125, 126, 143, 338, 339
Koenig, 87, 166, 167, 339, 343, 348
Kohut, 64, 65, 67, 339
Kraepelin, 28, 29, 33, 36, 39
Kretschmer, 41, 117
Kroll, 86, 89, 339

L

Lacan, 50, 339
Lalonde, 33, 35, 38, 89, 339
Lamb, 115, 116, 339
Lantéri-Laura, 29
Laplanche, 49, 339, 349
Larson, 339, 345, 348
Lebovici, 110, 339
Lepelletier, 94
Levin, 167, 341
Lewis, 86, 342
Liotti, 139, 339
Lorenz, 101, 108, 340
Loveland, 154, 159, 340
Lukoff, 87, 200, 340

M

Macbeth, 144, 170, 185, 303, 307, 340
Macklin, 80, 340
Magnus, 81
Mahler, 59, 62, 66, 67, 340
Main, 111, 112, 115, 122, 124, 125, 126,
134, 135, 139, 140, 173, 185, 191, 197,
201, 202, 313, 340, 373
Malantschuk, 23, 24, 26, 172, 340
Mallick, 166, 330
Mallinckrodt, 147, 148, 149, 340
Maton, 167
Mauer, 97
McClain, 166, 341
McFadden, 167, 341
Meins, 147
Mickelson, 143, 341
Mickley, 166, 341
Mickulincer, 148, 341, 201, 202, 336

Miljokovitch, 116
Million, 137, 341
Minkowski, 14, 29, 30, 39, 40, 42, 43, 44,
45, 46, 55, 68, 69, 70, 169, 259, 304, 305,
324, 341
Mohr, 13, 79, 91, 149, 172, 174, 188,
192, 195, 245, 247, 324, 326, 332, 337,
341, 342, 349
Morgan, 139, 146, 308, 340, 342
Müller, 55
Mueser, 146, 342
Myers, 155, 342

N

Naudin, 55, 72, 73, 74, 75, 76, 123, 342
Neeleman, 86, 342
Nelson, 151, 342
Niederland, 141, 170
Niethammer, 88, 342
Nuechterlein, 38, 147, 340, 342

O

Offord, 41, 342
Oler, 166, 342
Onstad, 145
Osmond, 81, 346

P

Pachoud, 73, 75, 76, 333, 343
Palouzian, 167, 343
Pargament, 18, 24, 25, 26, 89, 149, 155,
166, 172, 173, 337, 341, 343
Parker, 126, 145, 343
Parkes, 104, 105, 159, 343, 349
Parnas, 41, 332
Pedersen, 116, 343
Penn, 145, 147, 149, 174, 306, 343
Perry, 139, 343, 344
Peters, 88, 343
Petersen, 166, 345
Peuskens, 35
Piaget, 121, 343
Pieper, 86, 89, 343
Pierre, 41, 88, 343
Pierrehumbert, 95, 98, 99, 100, 101, 102,
103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112,
113, 114, 115, 116, 117, 120, 121, 124,
125, 126, 128, 130, 131, 157, 341, 344,
373
Pietromonaco, 108, 127, 146, 344

Pionnié, 148
Platts, 146, 149, 174, 183, 344
Plon, 28, 29, 30, 37, 345
Pollner, 166, 344
Poloma, 166, 344
Pontalis, 49, 339
Poperen, 94, 344
Pringuey, 56, 344
Putnam, 140, 344

R

Racamier, 50, 51, 52, 69, 70, 169, 305, 344
Radke-Yarrow, 130, 344
Raskin, 134, 344
Rausky, 81, 344
Read, 126, 146, 316, 327, 333, 344, 348
Reed, 153, 345
Rholes, 122, 341, 346
Riccœur, 72, 73, 123, 184, 342, 345, 347
Rivière, 98, 100
Roberts, 87, 166, 345
Robertson, 104, 105, 345
Rosenstein, 134, 137, 345
Ross, 138, 348
Roudinesco, 28, 29, 30, 37, 345
Rousseau, 94, 345
Rovine, 118, 331

S

Sagi, 113, 120, 345
Salomon, 126, 335
Sapateck, 97
Schatzman, 142
Schneider, 33
Schreber, 47, 48, 49, 50, 70, 141, 142, 170, 308
Schwab, 166, 345
Seligman, 103, 133, 345
Shafranske, 87, 345
Shaver, 108, 109, 125, 143, 156, 157, 159, 201, 202, 313, 333, 334, 336, 337, 338, 341, 345, 347, 348
Sheehan, 86, 89, 339
Siddle, 88, 345
Siegler, 81, 167, 339, 346
Silva, 88, 346
Simpson, 122, 341, 346
Sims, 87, 88, 91, 346
Slade, 114, 336

Spangler, 118, 346, 349
Spilka, 166, 337, 346
Spiro, 24, 346
Spitz, 96, 97, 101, 103, 346
Spitzer, 137, 334, 346
Sroufe, 118, 128, 150, 173, 334, 346, 348
Shaver, 150
Starbuck, 154, 159, 346
Strunk, 151, 346
Swinton, 172, 346

T

Tait, 147, 346
Tamayo, 151, 347, 348
Tatossian, 55, 72, 75, 76, 347
Tausk, 60
Tellenbach, 18, 20, 21, 26, 74, 75, 76, 77, 123, 172, 182, 183, 347
Tepper, 86, 89, 347
Thara, 88, 347
Thomas, 117
Thomson, 130, 347
Torgeson, 136
Treboux, 112, 127, 333
Tulping, 126, 343
Tulving, 121, 347
Turner, 88, 340, 347
Tyrrell, 135, 347

U

Ullman, 154, 159, 167, 347

V

Van Ijzendoorn, 113, 119, 120, 123, 124, 130, 250, 251, 330, 347, 348
Van Os, 148, 348
Vergot, 151, 348
Ventis, 155, 331, 348
Ventura, 340
Vincent, 53, 348
Von Weizsäcker, 18, 26, 348

W

Waller, 138, 348
Ward, 113, 120, 348
Warren, 132, 137, 348
Waters, 128, 130, 150, 173, 334, 340, 346, 348
Watson, 88, 337
Watt, 42, 348

Weaver, 87, 348
Weber, 118
Weinfeld, 112
Weiss, 166, 349
Wenegrat, 150, 152, 349
Westermeyer, 35
Widlöcher, 100, 349
Winnicott, 99, 100, 110, 131, 153, 170,
310, 349
Wittig, 111, 330
Wright, 155, 349
Wulf, 151, 349
Wundt, 117

Weber, 348

Y

Yinger, 25, 349
Young, 151, 349

Z

Zaouche-Gaudron, 116, 349
Zeanah, 112, 349
Zeifman, 150, 337
Zimmerman, 286

11 INDEX DES MOTS-CLÉS

A

- abêtissement affectif, 30
affect, 34, 37, 145
affectivité autistique, 305
affects, 30, 41, 65, 109, 112, 115, 147, 149
aires de mort, 57
ambiance, 42, 44, 45, 46, 224
amnésie dissociative, 138
anamnèse, 48
antœdipe, 52
anxiété de séparation, 104
apologie, 34
attachement, 14, 15, 16, 17, 21, 39, 47, 70, 71, 77, 78, 94, 95, 98, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 191, 192, 194, 195, 196, 197, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 210, 211, 213, 214, 215, 216, 218, 219, 227, 228, 229, 230, 233, 237, 238, 247, 250, 251, 254, 255, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 270, 271, 272, 275, 276, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 299, 300, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 339, 340, 341, 344, 349, 367, 368, 374, 375, 376
attachement ambivalent, 125, 126, 160, 220, 271, 272
attachement anxieux, 75, 113, 114, 118, 119, 120, 122, 128, 129, 130, 132, 136, 137, 138, 141, 156, 157, 163, 166, 204, 205, 305
attachement anxieux-évitant, 128
attachement désorienté, 140, 144
attachement évitant, 44, 52, 90, 114, 119, 126, 136, 137, 157, 160, 190, 204, 205, 230, 260, 305
attachement insécure, 111, 112, 118, 123, 125, 126, 134, 135, 136, 137, 143, 144, 146, 148, 156, 157, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 167, 171, 172, 175, 176, 177, 179, 180, 181, 195, 201, 210, 211, 213, 219, 220, 223, 225, 226, 228, 229, 230, 238, 250, 251, 255, 260, 262, 263, 267, 268, 269, 270, 272, 273, 275, 276, 278, 282, 283, 284, 288, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 299, 303, 304, 305, 306, 308, 309, 312, 313, 314, 316, 318, 319, 325, 326, 327, 328
attachement insécure ambivalent, 111, 112
attachement insécure-évitant, 111, 112, 118, 125, 137, 144, 157, 160, 250
attachement préoccupé, 106, 134, 135, 137, 144, 148, 225, 229, 260, 269, 303, 313, 372, 373
attachement sécure, 111, 113, 118, 119, 120, 122, 123, 126, 128, 129, 130, 134, 135, 137, 140, 144, 148, 154, 155, 156, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 166, 171, 175, 176, 177, 179, 180, 181, 194, 195, 197, 213, 218, 219, 220, 221, 224, 226, 227, 228, 238, 258, 259, 260, 261, 267, 268, 269, 270, 273, 275, 276, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 299, 300, 304, 307, 310, 312, 313, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 327, 328
autisme pauvre, 45, 169, 304
autisme riche, 45, 169, 259, 304
auto-érotisme, 48
auto-identité, 59
autonome, 123

B

- base sécurisante, 106, 107, 112, 116, 129, 137, 150, 154, 163, 167, 173, 311, 318, 328
bio-psycho-social, 38

Ç

ça, 50, 62, 66, 215, 216, 217, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 236, 261, 262, 263, 269, 271, 273, 274, 275

C

catatonie, 28, 40
catatonique, 34, 36, 37
catégories, 30, 58, 60, 111, 112, 118, 119, 124, 126, 130, 134, 135, 138, 157, 181, 185, 188, 191, 195, 197, 199, 204, 227, 238, 239, 251, 278, 290, 291, 300, 321
causalité circulaire, 38
charges affectives, 31, 43
choix objectal, 48
clinique, 13, 15, 16, 29, 30, 49, 54, 76, 83, 96, 97, 106, 121, 137, 145, 181, 182, 196, 198, 250, 303, 304, 309, 310, 311, 312, 335
clivage, 125
comorbidité, 29, 135, 136
compensation, 45, 157, 161, 162, 164, 174, 179, 211, 265, 273, 311, 312, 314, 319, 320, 335, 336, 375, 377
compensation contextuelle, 161, 174
comportement-réflexe, 101
comportements d'attachement, 106, 107, 109, 111, 112, 117, 125, 126, 140, 150, 153, 163, 182
contact vital, 45, 46, 341
contrôle, 33, 64, 90, 102, 104, 114, 125, 133, 138, 145, 155, 180, 187, 188, 190, 191, 204, 216, 220, 222, 223, 228, 232, 233, 238, 244, 245, 248, 249, 251, 261, 270, 271, 272, 274, 296, 300, 316
coping, 14, 77, 78, 80, 88, 89, 90, 91, 92, 131, 140, 145, 147, 149, 150, 165, 166, 167, 168, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 192, 193, 195, 201, 203, 204, 205, 210, 238, 239, 240, 265, 272, 276, 278, 279, 280, 281, 282, 284, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 293, 294, 304, 307, 311, 312, 318, 320, 321, 323, 324, 328, 339, 342, 343, 346, 347, 374, 376
correspondance, 315
cure analytique, 69, 169

D

décompensation, 13, 187, 199

délirant, 33, 35, 36, 85, 240
délire, 32, 43, 47, 48, 49, 50, 51, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 69, 85, 86, 88, 169
délire chaotique, 32
démence paranoïde, 28
démence précoce, 28, 29, 39
démence résiduelle, 29
démence schizophrénique, 32
démence sénile, 29
déli, 51, 69, 109, 114, 125, 204, 309
dépersonnalisation, 33, 138
dépression anaclitique, 97, 102
dépressions bipolaires, 132, 133, 135, 143
dépressions unipolaires, 132, 135
déprivation relationnelle, 98
déréalisation, 57, 138
déstructuration psychique, 62
détaché, 123, 126, 135, 143, 148, 171, 195, 201, 210, 229, 250, 251, 270, 303, 304, 305, 306, 308, 309, 313, 314, 325, 326
détachement, 31, 43, 49, 51, 104, 138, 305, 339
dimensions, 14, 17, 44, 47, 57, 63, 70, 71, 77, 78, 79, 81, 85, 87, 89, 91, 118, 121, 126, 140, 149, 151, 163, 166, 167, 172, 176, 177, 178, 184, 192, 193, 195, 197, 199, 200, 202, 215, 234, 238, 239, 276, 278, 282, 283, 286, 289, 290, 306, 318, 321, 326, 328, 332
dislocation psychique, 30
dissociation, 57, 59, 139, 340, 348
distorsion cognitive, 309, 325
distorsions autistiques, 57
dynamiques psychiques, 92, 305, 306

E

émoussé, 37
émoussement affectif, 30, 34
endopsychique, 63
épigénétique, 39
épisode, 35, 42, 45, 134, 135, 144, 174, 303, 306, 307
époché, 55
érotomanie, 49
erreurs sensorielles, 32
état dissociatif, 139
éthologie, 98, 101, 102
étiologie, 29, 30, 38, 56, 80, 132, 140, 169, 326

étiopathogène, 54
études catamnésiques, 29
évitement, 105, 112, 114, 126, 136, 138,
148, 157, 190, 195, 198, 201, 202, 203,
204, 210, 226, 228, 229, 263, 325
existence négative, 57
externalisé, 63

F

facteurs étiologiques, 14, 39
famille bastion, 106
fantasmatique, 67, 99
faux souvenirs, 99
fixation, 48, 49, 50
folie maniaque-dépressive, 28
fonction d'attachement, 106
forces vives, 45

G

groupe-contrôle, 143

H

handicap neurocognitif, 36
havre de sécurité, 153, 154, 176, 218,
221, 223
hébéphrénie, 28
hallucination cénesthésique, 34
hospitalisme, 97
hypocondrie, 47
hypomanie, 284

I

idées délirantes, 32, 35, 36, 37, 258, 318,
328
idem, 72, 73, 77, 333
identification projective, 51, 60
inconscient collectif, 82
intentionnalité, 72
intériorisation transformante, 65, 67
introjection, 61, 63, 83
ipsé, 73, 77, 333
ipséité, 72, 75, 76

M

mêmeté, 72, 75, 76, 183
mémoire épisodique, 123, 197, 308, 309,
325
mémoire sémantique, 123, 197, 308, 309,
325

modalités cognitivo-émotives, 65
modèle bio-psycho-social, 38
modèles internes opérants, 14, 15, 77, 78,
108, 120, 124, 127, 130, 131, 132, 146,
158, 163, 176, 183, 194, 195, 196, 201,
202, 205, 211, 213, 219, 228, 233, 237,
265, 267, 268, 269, 270, 272, 273, 275,
283, 289, 311, 312, 313, 314, 315, 316,
317, 320, 326, 327, 329
moi, 23, 50, 51, 52, 53, 57, 58, 59, 60, 61,
62, 63, 64, 66, 69, 70, 83, 153, 204, 215,
216, 217, 220, 221, 224, 228, 231, 232,
233, 236, 261, 262, 263, 269, 271, 273,
274, 275, 310
morcellement, 51, 53

N

névrose, 50, 53, 59
névroses narcissiques, 47
névrotique, 50, 64, 70, 77
normopsychologique, 85
nosologie, 33, 91
nosologique, 15, 29, 76

O

omnipotence inanitaire, 51
organiseurs du psychisme, 97
organiseurs psychiques, 97
organogénèse, 30

P

paranoïa, 47, 48, 49, 50, 70, 76, 169, 308,
309, 335
paraphrénie, 47
parathymie, 30
parentalité, 95, 99
participants contrôles, 175, 179, 191,
242, 245, 248, 251, 254, 259, 260, 264,
276, 278, 312, 319, 325, 367
pathognomoniques, 33
pathologie, 14, 26, 28, 39, 44, 45, 48, 63,
64, 69, 76, 77, 88, 89, 141, 171, 175, 182,
185, 190, 193, 244, 264, 284, 304, 307,
310, 323, 326
patterns, 134, 157, 205, 327
pensée autistique, 31
pensée réaliste, 31
pensées automatiques, 183

phase prépsychotique, 61
 phénomènes transitionnels, 153
 pré-attachement, 107
 prémorbide, 36, 41, 68, 169, 304, 306
 préoccupé, 124
 processus d’empreinte, 101
 processus morbide, 39, 177
 processus prémorbides, 14
 projection, 48, 49, 51, 56, 60, 61, 82, 106,
 141, 177, 178, 201, 271, 272, 275, 314,
 317, 320, 327, 329
 psychanalyse, 47, 51, 53, 54, 58, 62, 82,
 98, 99, 100, 102, 109, 110, 117, 119, 169,
 335, 339, 344, 345
 psychanalytique, 47, 48, 49, 52, 55, 60,
 61, 64, 84, 85, 100, 344, 348
 psyché, 53, 58, 82
 psychoesthésique, 41
 psychogénèse, 14, 32, 323, 326
 psychopathogénèse, 15, 68, 70, 91
 psychopathologie, 33, 54, 64, 65, 67, 74,
 82, 84, 85, 91, 131, 340, 341
 psychopathologie progressive, 85
 psychopathologique, 47, 53, 54, 82, 85,
 86
 psychose, v, 13, 14, 15, 17, 28, 34, 39,
 42, 43, 44, 47, 49, 50, 53, 54, 61, 63, 65,
 68, 70, 71, 77, 78, 87, 89, 91, 131, 141,
 143, 144, 145, 147, 149, 168, 169, 170,
 171, 172, 174, 177, 178, 181, 182, 185,
 187, 188, 189, 199, 248, 250, 254, 303,
 304, 305, 306, 307, 308, 310, 311, 312,
 317, 323, 324, 325, 326, 328, 333, 339,
 348
 psychothérapie progressive, 65
 psychotique, 16, 35, 41, 43, 51, 53, 58,
 60, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 77, 126, 138,
 143, 144, 145, 147, 148, 169, 170, 174,
 182, 191, 199, 250, 303, 310, 323, 331
 pulsion, 49, 50, 100, 110, 182
 pulsion d’auto-conservation, 49

R

réduction phénoménologique, 55, 71, 77
 réel, 99
 refoulé, 49, 50, 51
 refoulement, 48, 49, 50, 53, 58, 59, 99
 régression libidinale, 48
 régulation émotionnelle, 111, 140, 144,
 169, 177, 185, 196, 210, 228, 304, 306
 relation d’objet, 100, 110

relation effective, 100
 re-maternage, 310
 repli libidinal, 49
 résilience, 97, 128, 130
 retrait émotionnel, 318

S

schéma interne opérant, 21, 77, 98, 108,
 123, 183, 272, 318
 schèmes de représentations, 145
 schizo-affectif, 35, 187
 schizoïde, 37, 40
 schizoïdie, 39
 schizophrénie, v, 14, 15, 22, 36, 37, 38,
 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50,
 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61,
 62, 63, 70, 77, 80, 85, 86, 87, 88, 89, 90,
 91, 131, 143, 144, 145, 174, 177, 178,
 184, 185, 187, 188, 192, 199, 200, 238,
 244, 247, 278, 303, 304, 305, 306, 307,
 308, 326, 331, 339, 341
 schizophréniforme, 35
 schizotypique, 37
 sémiologie, 36, 56, 140
 setting, 64, 111, 114, 119
 situation étrange, 111, 113, 118, 119,
 120, 124, 127, 128, 129, 130, 139, 140,
 144, 157, 178
 stade narcissique, 48
 stratégies de coping, 140, 147, 265, 284,
 321
 sujets contrôles, 171, 174, 175, 176, 177,
 187, 190, 197, 199, 241, 245, 248, 251,
 252, 254, 259, 264, 265, 273, 276, 286,
 288, 299, 308, 311, 315, 320, 326, 327
 suridentification, 76
 surmoi, 59, 62, 63, 103
 surmoïque, 62
 symbiose thérapeutique, 67
 symptôme positif, 32, 34, 35, 88, 143,
 190, 199, 200, 303
 symptômes accessoires, 30, 32
 symptômes catatoniques, 33
 symptôme négatif, 34, 36, 200, 259
 symptômes psychotiques, 34, 35, 143,
 144, 145, 146, 185, 258, 303

T

totalité provisoire construite, 183, 184
 transfert, 48, 53, 59, 64, 65, 83, 331, 338

transitivisme, 60
trauma, 99, 343, 348
traumas précoces, 64, 308, 310
trouble de l'identité, 63
trouble dissociatif, 99, 138, 140
trouble dysthymique, 133, 134, 135
trouble primitif, 45
troubles externalisants, 132, 135
troubles internalisants, 132
troubles mentaux, 28, 81, 88
troubles schizo-affectifs, 143
type hébéphrénique, 34

type indifférencié, 35
type paranoïde, 35, 36, 37
type résiduel, 35
type désorganisé, 34, 140, 144
type hébéphrénique, 36, 37
type paranoïde, 36
type simple, 36

V

vignettes cliniques, 213
valeur, 31, 203, 204, 231, 238, 240, 291

12 TABLE DES ILLUSTRATIONS - TABLEAUX

TABLEAU 1 : NOMBRE DE PATIENTS, RECRUTEMENT ET PERTE DE SUJETS.....	189
TABLEAU 2 : NOMBRE DE PARTICIPANTS CONTROLES, RECRUTEMENT ET PERTE DES SUJETS	191
TABLEAU 3 : DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTS.....	243
TABLEAU 4 : DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS CONTROLES	244
TABLEAU 5 : REPRESENTATIVITE DU GROUPE DES PARTICIPANTS CONTROLES PAR RAPPORT AU GROUPE DES PATIENTS SELON LE CRITERE DE L'AGE	245
TABLEAU 6 : REPRESENTATIVITE DU GROUPE DES PARTICIPANTS CONTROLES PAR RAPPORT AU GROUPE DES PATIENTS SELON LE CRITERE DU SEXE (CHI-CARRE).....	246
TABLEAU 7 : REPRESENTATIVITE DU GROUPE CONTROLE PAR RAPPORT A CELUI DES PATIENTS SELON LE NIVEAU DE FORMATION DES PARENTS (CHI CARRE).....	246
TABLEAU 8 : REPRESENTATIVITE DE LA RELIGIOSITE/SPIRITUALITE DE NOTRE ECHANTILLON DE PATIENTS PAR RAPPORT A CELLE DE LA POPULATION PSYCHOTIQUE GENERALE DANS LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE	247
TABLEAU 9 : REPARTITION DES PARTICIPANTS PATIENTS ET CONTROLES SELON LES TYPES DE RELIGIOSITE/SPIRITUALITE DES DIFFERENTS GROUPES A, B, C ET D	248
TABLEAU 10 : REPRESENTATIVITE DU GROUPE DES PARTICIPANTS CONTROLES PAR RAPPORT AU GROUPE DES PATIENTS A, B ET C SELON LE CRITERE DE L'AGE.....	249
TABLEAU 11 : REPRESENTATIVITE DU GROUPE DES PARTICIPANTS CONTROLES PAR RAPPORT AU GROUPE DES PATIENTS A, B ET C SELON LE CRITERE DU SEXE (CHI CARRE)	249
TABLEAU 12 : REPRESENTATIVITE DU GROUPE DES PARTICIPANTS CONTROLES PAR RAPPORT AU GROUPE DES PATIENTS A, B ET C SELON LE NIVEAU DE FORMATION DES PARENTS (CHI CARRE)	249
TABLEAU 13 : DISTRIBUTION DES TYPES D'ATTACHEMENT DES PATIENTS PAR RAPPORT A CELLE DANS LA POPULATION GENERALE NON PSYCHIATRIQUE.....	250
TABLEAU 14 : COMPARAISON DE LA REPARTITION DES TYPES D'ATTACHEMENT DANS LE GROUPE CONTROLE PAR RAPPORT CELLE DANS LA POPULATION GENERALE NON PSYCHIATRIQUE.....	251
TABLEAU 15 : CALCUL DE LA DIFFERENCE DES MOYENNE DE L'INTENSITE DES SYMPTOMES MESURES PAR LE BPRS SELON LES PATIENTS AYANT UN ATTACHEMENT SECURES ET LES PATIENTS AYANT UN ATTACHEMENT INSECURE.....	258
TABLEAU 16 : REPARTITIONS DES PATIENTS CROYANTS SELON LE MODELE D'ATTACHEMENT SUR LEQUEL ILS INVESTISSENT UNE FIGURE SPIRITUELLE PRINCIPALE.....	260
TABLEAU 17 : REPARTITIONS DES PARTICIPANTS CONTROLES SELON LE MODELE D'ATTACHEMENT SUR LEQUEL ILS INVESTISSENT UNE FIGURE SPIRITUELLE PRINCIPALE	260
TABLEAU 18 : RELATION ENTRE LES MODELES INTERNES OPERANTS ACQUIS DANS LES LIENS PRECOCES AUX PARENTS ET CEUX MOBILISES EN LIEN AVEC LA FIGURE SPIRITUELLE CHEZ LES PATIENTS ET PARTICIPANTS CONTROLES (N = 46).....	268
TABLEAU 19 : MESURE STATISTIQUE DU LIEN ENTRE LA VARIABLE « AVOIR UNE FIGURE D'ATTACHEMENT SPIRITUELLE/RELIGIEUSE SÉCURE » ET LA VARIABLE « COPING POSITIF DANS LES SYMPTÔMES D'HUMEUR/DÉPRESSION » CHEZ L'ENSEMBLE DES PARTICIPANTS (N = 46).....	279
TABLEAU 20 : MESURE STATISTIQUE DU LIEN ENTRE LA VARIABLE « AVOIR UNE FIGURE D'ATTACHEMENT SPIRITUELLE/RELIGIEUSE SÉCURE » ET LA VARIABLE « COPING POSITIF DANS LES SYMPTÔMES D'ANGOISSE » CHEZ L'ENSEMBLE DES PARTICIPANTS (N = 46)	279
TABLEAU 21 : MESURE STATISTIQUE DU LIEN ENTRE LA VARIABLE « AVOIR UNE FIGURE D'ATTACHEMENT SPIRITUELLE/RELIGIEUSE SÉCURE » ET LA VARIABLE « COPING POSITIF DANS LA CAPACITÉ À FAIRE CONFIANCE À AUTRUI » CHEZ L'ENSEMBLE DES PARTICIPANTS (N = 46)	280
TABLEAU 22 : MESURE STATISTIQUE DU LIEN ENTRE LA VARIABLE « AVOIR UNE FIGURE D'ATTACHEMENT SPIRITUELLE/RELIGIEUSE SÉCURE » ET LA VARIABLE « COPING POSITIF EN LIEN AVEC L'ESTIME DE SOI ET LA CONFIANCE EN SOI » CHEZ L'ENSEMBLE DES PARTICIPANTS.....	281
TABLEAU 23 : MESURE STATISTIQUE DU LIEN ENTRE LA VARIABLE « AVOIR UNE FIGURE D'ATTACHEMENT SPIRITUELLE/RELIGIEUSE SÉCURE » ET LA VARIABLE « TROUVER DU RÉCONFORT DANS LE RELIGIEUX/SPIRITUEL » CHEZ L'ENSEMBLE DES PARTICIPANTS (N = 46)	281
TABLEAU 24 : COMPARAISON ENTRE LES MOYENNE DE L'INTENSITE DE SYMPTOMES ENTRE LE GROUPE DES PATIENTS DISPOSANT D'UN MODÈLE INTERNE OPÉRANT SÉCURE (VIS-À-VIS DES PREMIÈRES FIGURES D'ATTACHEMENT OU DE LA FIGURE SPIRITUELLE) VERSUS CEUX QUI NE DISPOSENT D'AUCUN MODELE INTERNE OPERANT SECURE.....	283
TABLEAU 25 : COMPARAISON ENTRE LES MOYENNE DE L'INTENSITE DE SYMPTOMES ENTRE LE GROUPE DES PATIENTS DISPOSANT D'UN MODÈLE INTERNE OPÉRANT INSÉCURE EN LIEN AVEC LEURS PREMIÈRES FIGURES D'ATTACHEMENT MAIS	

SÉCURE EN LIEN AVEC UNE FIGURE SPIRITUELLE VERSUS CEUX QUI NE DISPOSENT D' AUCUN MODELE INTERNE OPERANT SECURE NI AVEC LEURS PREMIERES FIGURES D' ATTACHEMENT NI AVEC UNE FIGURE SPIRITUELLE.....	285
TABLEAU 26 : EVALUTATION STATISTIQUE DU LIEN ENTRE LA VARIABLE « INVESTIR UNE FIGURE SPIRITUELLE SPIRITUEL SUR LE MODE DE L' ATTACHEMENT QUEL QUE SOIT LE TYPE SECURE OU INSECURE » ET LA VARIABLE « EXPLOITER LE RELIGIEUX/SPIRITUEL DE MANIERE A MIEUX GERER LES SYMPTOMES D' HUMEUR/DEPRESSION ».....	287
TABLEAU 27 : EVALUTATION STATISTIQUE DU LIEN ENTRE LA VARIABLE « INVESTIR UNE FIGURE SPIRITUELLE SPIRITUEL SUR LE MODE DE L' ATTACHEMENT QUEL QUE SOIT LE TYPE SECURE OU INSECURE » ET LA VARIABLE « EXPLOITER LE RELIGIEUX/SPIRITUEL DE MANIERE A MIEUX GERER LES SYMPTOMES D' ANGOISSE»	287
TABLEAU 28 : EVALUTATION STATISTIQUE DU LIEN ENTRE LA VARIABLE « INVESTIR UNE FIGURE SPIRITUELLE SPIRITUEL SUR LE MODE DE L' ATTACHEMENT QUEL QUE SOIT LE TYPE SECURE OU INSECURE » ET LA VARIABLE « EXPLOITER LE RELIGIEUX/SPIRITUEL DE MANIERE A PARVENIR A MIEUX FAIRE CONFIANCE A AUTRUI»	288
TABLEAU 29 : EVALUTATION STATISTIQUE DU LIEN ENTRE LA VARIABLE « INVESTIR UNE FIGURE SPIRITUELLE SPIRITUEL SUR LE MODE DE L' ATTACHEMENT QUEL QUE SOIT LE TYPE SECURE OU INSECURE » ET LA VARIABLE « EXPLOITER LE RELIGIEUX/SPIRITUEL AU SERVICE DE L' ESTIME DE SOI ».....	289
TABLEAU 30 : EVALUTATION STATISTIQUE DU LIEN ENTRE LA VARIABLE « INVESTIR UNE FIGURE SPIRITUELLE SPIRITUEL SUR LE MODE DE L' ATTACHEMENT QUEL QUE SOIT LE TYPE SECURE OU INSECURE » ET LA VARIABLE « TROUVER DU RECONFORT DANS L' EXPLOITATION DU RELIGIEUX/SPIRITUEL »	289
TABLEAU 31 : A PARTIR DES ECHELLES DE COPING QUANTITATIVES, ON COMPARE DANS CE TABLEAU SI A L' AGE ADULTE LE RECOURS AU RELIGIEUX EST CONSIDERE COMME PLUS AIDANT PAR LES PERSONNES AYANT EU UNE EDUCATION RELIGIEUSE DURANT L' ENFANCE SELON SI ELLES ONT UN ATTACHEMENT DE TYPE SECURE OU INSECURE A LEURS PREMIERES FIGURES D' ATTACHEMENT.....	292
TABLEAU 32 : A PARTIR DES ECHELLES DE COPING QUANTITATIVES, ON COMPARE DANS CE TABLEAU SI LES PERSONNES AYANT OBSERVE LEURS PARENTS AVOIR RECOURS AU RELIGIEUX POUR FAIRE FACE A DES SITUATIONS DIFFICILES DURANT L' ENFANCE CONSIDERENT QUE LE RELIGIEUX EST PLUS AIDANT A L' AGE ADULTE SI ELLES ONT UN ATTACHEMENT DE TYPE SECURE QUE CELLES QUI ONT UN ATTACHEMENT DE TYPE INSECURE A LEURS PREMIERES FIGURES D' ATTACHEMENT	294
TABLEAU 33 : LISTE DES PARTICIPANTS CONTROLES	374
TABLEAU 34 : LISTE DES PATIENTS.....	375
TABLEAU 35 : INTENSITE DES SYMPTOMES POUR CHAQUE PATIENT (BPRS).....	376

13 TABLE DES ILLUSTRATIONS – FIGURES

FIGURE 1 : MUTTER MIT KIND, PAUL KLEE, 1938.....	VI
FIGURE 2 : EXTRAIT DE GRILLE D'ANALYSE SUR LA RELIGIOSITE/SPIRITUALITE DES PARENTS.....	206
FIGURE 3 : EXTRAIT DE LA GRILLE SUR LA RELIGIOSITÉ/SPIRITUALITÉ ET L'ÉDUCATION RELIGIEUSE DURANT L'ENFANCE	207
FIGURE 4 : EXTRAIT DE LA GRILLE D'ANALYSE CONCERNANT LES CHANGEMENTS RELIGIEUX/SPIRITUELS DURANT L'ADOLESCENCE	208
FIGURE 5 : EXTRAIT DE LA GRILLE D'ANALYSE CONCERNANT LES CHANGEMENTS RELIGIEUX/SPIRITUELS À L'ÂGE ADULTE.....	209
FIGURE 6 : EXTRAIT DE LA GRILLE D'ANALYSE PORTANT SUR LA RELIGIOSITÉ/SPIRITUALITÉ ACTUELLE DE LA PERSONNE, AINSI QUE SUR LE LIEN À UNE ÉVENTUELLE FIGURE RELIGIEUSE/SPIRITUELLE PRIVILÉGIÉE.....	211
FIGURE 7 : (SUITE)	212
FIGURE 8 : EXTRAIT DE LA GRILLE SUR L'ATTACHEMENT RELIGIEUX	214
FIGURE 9 : CRITERES D'IDENTIFICATION D'UNE FIGURE SPIRITUELLE COMME FIGURE D'ATTACHEMENT	218
FIGURE 10 : (SUITE)	219
FIGURE 11 : EXTRAIT DE LA GRILLE INVESTIGUANT DIFFERENTS MODELES INTERNES OPERANTS MOBILISES DANS LA RELATION A UNE FIGURE SPIRITUELLE	235
FIGURE 12 : EXTRAIT DE LA GRILLE D'ÉVALUATION DU COPING RELIGIEUX/SPIRITUEL	239
FIGURE 13 : EXTRAIT DE LA GRILLE D'ANALYSE PORTANT SUR LES ECHELLES DE COPING RELIGIEUX/SPIRITUEL.....	241
FIGURE 14 : HISTOGRAMME DES EXPERIENCES RELATIONNELLES TRAUMATISANTES PRECOCES CHEZ LES PATIENTS ET LES PARTICIPANTS CONTROLES.....	253
FIGURE 15 : COURBE DE LA MOYENNE DE L'INTENSITÉ DES SYMPTÔMES SELON LES PATIENTS SÉCURES ET INSÉCURES	256
FIGURE 16 : REPARTITION DES PERSONNES AYANT OU N'AYANT PAS DE FIGURE D'ATTACHEMENT RELIGIEUSE/SPIRITUELLE EN FONCTION DE LEUR AFFILIATION RELIGIEUSE	266
FIGURE 17 : COPING RELIGIEUX POSITIF, NEGATIF ET MIXTE DES PATIENTS ET PARTICIPANTS CONTROLES RELATIF A L'ENSEMBLE DES CATEGORIES RELATIVES A LA VIE	277
FIGURE 18 : GRAPHIQUE CIRCULAIRE REPRESENTANT LES PROPORTIONS DE PATIENTS AYANT UN ATTACHEMENT SECURE ET AYANT CHANGE D'ORIENTATION RELIGIEUSE/SPIRITUELLE AU COURS DE LEUR VIE VERSUS CEUX N'AYANT PAS CHANGE D'ORIENTATION RELIGIEUSE/SPIRITUELLE AU COURS DE LEUR VIE (INCLUSION DES GROUPES A, B, C ET D)	297
FIGURE 19 : GRAPHIQUE CIRCULAIRE REPRESENTANT LES PROPORTIONS DE PATIENTS AYANT UN ATTACHEMENT INSECURE ET AYANT CHANGE D'ORIENTATION RELIGIEUSE/SPIRITUELLE AU COURS DE LEUR VIE VERSUS CEUX N'AYANT PAS CHANGE D'ORIENTATION RELIGIEUSE/SPIRITUELLE AU COURS DE LEUR VIE (INCLUSION DES GROUPES A, B, C ET D)	297
FIGURE 20 : GRAPHIQUE CIRCULAIRE REPRESENTANT LES PROPORTIONS DE PATIENTS AYANT CHANGE D'ORIENTATION RELIGIEUSE/SPIRITUELLE AU COURS DE LEUR VIE VERSUS CEUX N'AYANT PAS CHANGE D'ORIENTATION RELIGIEUSE/SPIRITUELLE AU COURS DE LEUR VIE (INCLUSION DES GROUPES A, B, C ET D).....	298
FIGURE 21 : GRAPHIQUE CIRCULAIRE REPRESENTANT LES PROPORTIONS DE PARTICIPANTS CONTROLES AYANT CHANGE D'ORIENTATION RELIGIEUSE/SPIRITUELLE AU COURS DE LEUR VIE VERSUS CEUX N'AYANT PAS CHANGE D'ORIENTATION RELIGIEUSE/SPIRITUELLE AU COURS DE LEUR VIE	298
FIGURE 22 : GRAPHIQUE CIRCULAIRE REPRESENTANT LES PROPORTIONS DE PATIENTS AYANT CHANGE D'ORIENTATION RELIGIEUSE/SPIRITUELLE AU COURS DE LEUR VIE VERSUS CEUX N'AYANT PAS CHANGE D'ORIENTATION RELIGIEUSE/SPIRITUELLE AU COURS DE LEUR VIE (INCLUSION DES GROUPES A, B, C).....	299
FIGURE 23 : PROPORTION DE PARTICIPANTS PATIENTS (GROUPE A, B, C, D) ET CONTROLES AYANT UN ATTACHEMENT SECURE POUR QUI LE RELIGIEUX A GAGNE EN IMPORTANCE AU COURS DE LA VIE VERSUS CEUX POUR QUI LE RELIGIEUX A PERDU EN IMPORTANCE AU COURS DE LA VIE	300
FIGURE 24 : PROPORTION DE PARTICIPANTS PATIENTS (GROUPE A, B, C, D) ET CONTROLES AYANT UN ATTACHEMENT INSECURE POUR QUI LE RELIGIEUX A GAGNE EN IMPORTANCE AU COURS DE LA VIE VERSUS CEUX POUR QUI LE RELIGIEUX A PERDU EN IMPORTANCE AU COURS DE LA VIE	301
FIGURE 25 : PROPORTION DE PARTICIPANTS PATIENTS (GROUPE A, B, C) ET CONTROLES AYANT UN ATTACHEMENT SECURE POUR QUI LE RELIGIEUX A GAGNE EN IMPORTANCE AU COURS DE LA VIE VERSUS CEUX POUR QUI LE RELIGIEUX A PERDU EN IMPORTANCE AU COURS DE LA VIE	301
FIGURE 26 : PROPORTION DE PARTICIPANTS PATIENTS (A, B, C) ET CONTROLES AYANT UN ATTACHEMENT INSECURE POUR QUI LE RELIGIEUX A GAGNE EN IMPORTANCE AU COURS DE LA VIE VERSUS CEUX POUR QUI LE RELIGIEUX A PERDU EN IMPORTANCE AU COURS DE LA VIE.....	302

14 ANNEXES

- Guide de l'entretien semi-structuré concernant les croyances spirituelles, les pratiques et l'éventuelle relation à une figure religieuse/spirituelle sur le mode de l'attachement
- Canevas de l'entretien AAI
- Lettre d'information aux patients
- Lettre d'information aux participants contrôles
- Tableau 33 : Liste des participants contrôles
- Tableau 34 : Liste des patients
- Tableau 35 : Intensité des symptômes pour chaque patient (BPRS)

Guide de l'entretien semi-structuré concernant les croyances spirituelles, les pratiques et l'éventuelle relation à une figure religieuse/spirituelle sur le mode de l'attachement

• **Enfance**

1. Quand vous étiez enfant, quelle était la religion de vos parents ?
2. Avaient-ils des pratiques spirituelles ou religieuses?
(seul ; avec d'autres ?)
3. Et vous ? (affiliation, pratiques...)
4. Quand vous étiez enfant, en quoi croyez-vous?
5. *Pouvez-vous me dire comment vous vous représentiez X ?*
6. *Vos proches avaient-ils recours à tout ce dont vous venez de me parler pour faire face à des situations difficiles ?*

• **Adolescence**

7. Quand vous étiez adolescent, il y a eu des changements ? (dans vos pratiques, croyances ?)
8. *Il y a eu des changements dans votre représentation de X ?*

• **Attachement enfance/adolescence**

9. Vous même, avez-vous déjà eu recours à tout ce dont vous venez de me parler pour faire face à des situations difficiles durant votre enfance ou adolescence?

Si pas spontanément : Avez-vous déjà recherché de l'aide au près d'une figure ou d'une entité religieuse ?

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">10. Pouvez-vous me donner un exemple où vous avez recherché de l'aide au près de X ?11. Pouvez-vous me décrire comment vous recherchez ce contact ?
Fréquence :
Jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> de temps en temps <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours <input type="checkbox"/> ?12. Recherchez-vous de l'aide exclusivement au près de X, ou aussi au près d'autres personnes ?13. Qu'est-ce que cela vous apportait?14. Avez-vous déjà ressenti ou craint l'absence de X?
(pourquoi ? comment ? que ressentiez-vous ?) |
|---|

• **Changements**

15. Avez-vous vécu des changements par rapport à vos croyances ou pratiques religieuses au cours de votre vie ?

• **Actuellement**

16. Globalement comment allez-vous aujourd'hui ?

17. Quelles sont vos difficultés ?

18. Qu'est ce qui vous aide pour faire face à vos difficultés ?

19. Avez-vous une affiliation religieuse aujourd'hui ?

20. Avez-vous des pratiques spirituelles ? (seul, avec d'autres ?)

21. *En quoi croyez-vous ?*

22. *Comment vous vous représentez X ?*

23. De manière générale quelle est l'importance de vos croyances dans votre vie ?

Sur une échelle de 1-10 ?

• **Attachement**

24. Actuellement recherchez-vous de l'aide dans tout ce dont nous venons de parler lorsque vous avez des difficultés ?

25. au près de X/ ou au près d'une entité spirituelle ou religieuse pour faire face à vos difficultés ?

Jamais rarement de temps en temps souvent toujours

?

Non

26. Sinon au près de qui recherchez vous de l'aide ?
--

27. Pouvez-vous me donner un exemple?

28. Qu'est ce que cela a changé pour vous ?

29. Exclusivement ou aussi aux près d'autres personnes ?

30. Recherchez-vous la proximité de X, ou cherchez-vous à communiquer avec X ?

31. Comment ?

32. Est-ce que vous estimez avoir quelque chose de l'ordre d'une relation avec X ?

33. Pouvez-vous décrire cette relation avec X ?

34. Avez-vous déjà ressenti ou craint l'absence de X?

Oui

Non

35. Que ressentez-vous ? Pouvez-vous donner un exemple ?

35. Si vous imaginez une séparation d'avec X, ou l'absence de X, que ressentez-vous?

36. Quelles pensez-vous sont les conséquences de cette relation sur votre vie, sur qui vous êtes aujourd'hui?

- **Coping**

37. Est-ce que vos croyances globalement vous aident pour faire face à vos difficultés ? Dans quelle mesure ?

Pas du tout un peu beaucoup totalement ?

38. Est-ce que vos croyances vous réconfortent par rapport à vos difficultés ? Dans quelle mesure ?

Pas du tout un peu beaucoup totalement ?

39. Avez-vous déjà fait des tentatives de suicide ?

40. Vos croyances vous ont-ils aidé à ne pas en faire ou à ne plus recommencer?

Pas du tout un peu beaucoup totalement ?

- **Synergie de la religion avec les soins psychiatriques**

42. Avez-vous déjà parlé de vos croyances avec votre médecin ou une personne de soin ?

(Si non, pourquoi ? Aimeriez-vous pouvoir en parler ?)

43. Vos croyances sont elles compatibles avec votre traitement psychiatrique et les médicaments?

Canevas AAI français

1. (2-3 min. au plus) Sit. familiale dans l'enfance (où vivaient, déplacements, activité de la famille, etc);
 - gds-parents connus ? Décédés avant naissance ? Si oui, mère (père) avait quel âge ? A parlé de ces gds-parents ?
 - frères, soeurs ou qqn autre vivant sous même toit ? Actuellement vivent alentour ou dispersés ?
2. Décrire relations avec parents quand jeune enfant. Commencer en remontant aussi loin que possible.
3. Cinq adjectifs reflétant relation avec mère. Temps de réflexion.
 - la relation (ou il/elle) était...; un souvenir, un événement à l'esprit ? (pour chacun).
4. Cinq adjectifs reflétant relation avec père. Temps de réflexion
 - questions comme ci-dessus.
5. De quel parent le plus proche ? Pourquoi pas même sentiment à l'égard de l'autre ?
6. Qd. était troublé (bouleversé, perturbé,...), faisait quoi ?
 - a) qd. émotionnellement perturbé; événements spécifiques ?
 - b) si blesure ou mal physiquement; événements ?
 - c) qd malade, qq se passait ?
7. Première séparation que se souvient. Comment a réagi, comment parents ont réagi ? D'autres séparations ?
8. A pu se sentir rejeté comme enfant ?
 - quel âge ? Que ressentait; comment réagi ?
 - pourquoi attitude parent; parent réalisait qu'il/elle rejetait ?
9. Arrivé que parents menacent (p-être pour discipline; ou en plaisantant) ?
 - arrive que parents interrogés aient souvenirs de menaces de abandonner ou éloigner; arrive aussi que souvenirs de mauvais traitements. Est-ce arrivé; dans la famille ?
 - à quel âge, quelle gravité, quelle fréquence ?
 - affecté comme adulte par cette expérience ? Cela affecte attitudes avec propres enfants ?
 - parfois inquiet, préoccupé comme enfant ? Evénement ?
10. Pense effet de ces expériences sur la personnalité adulte ? Quelque expérience ayant influencé négativement son développement ?
11. Comprend attitudes des parents durant son enfance ? Pourquoi pense qu'ils se sont comportés de telle ou telle façon ?
12. D'autres adultes proches durant enfance, ou autres adultes particul. importants (même si pas parenté) ?
 - (-âges; vivaient dans le ménage ?
 - avaient responsabilités éducatives ?
 - pourquoi important ?)
13. Perte d'un parent ou d'autres proches durant enfance ?
 - âge; circonstances ?
 - comment réagi à l'époque; événem. soudain ou attendu ?
 - souvenir des sentiments à l'époque ?
 - sentiments face à ce départ ont changé par la suite ?
 - souvenir de funérailles ?
 - effet sur le(s) parent(s) restant(s) ?
 - effet sur sa personnalité d'adulte ?

-effet sur attitude envers propre enfant ?

13a. Autres personnes importantes décédées durant enfance; questions comme plus haut.

13b. Idem durant âge adulte; questions comme plus haut.

14. Beaucoup de changements dans relation avec parents depuis enfance ?

15. Genre de relation avec parents, maintenant comme adulte ?

16. Sentiments actuellement, lorsque séparé de son propre enfant ?

-Se sent parfois préoccupé relativement à son enfant ?

17. Trois désirs pour son enfant dans 20 ans. Quelle sorte de futur souhaiterait à enfant. Laisser temps de réflexion.

18. Une chose particulière tirée de propre expérience comme enfant ? Que souhaiterait que son enfant tire de sa relation avec ses parents ?

Selon M. Main. Trad.: **Blaise Pierrehumbert**, S.U.P.E.A., 25 A, Rue du Bugnon, CH - 1005 – Lausanne

Dr. Philippe Huguelet
Département de Psychiatrie
Clinique de Psychiatrie Adulte
Tél : 022 383 21 20

Genève, le 6.1.2009

Etude sur la dimension de l'attachement et le coping spirituel chez les personnes suivies à la consultation de psychiatrie adulte.

Information aux patients

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de sa recherche de doctorat en psychologie, Isabelle Rieben entreprend une recherche sur le lien entre l'attachement (relation aux proches tout au long de votre vie) et la dimension spirituelle et religieuse chez les personnes souffrant de troubles psychiques.

Votre participation consistera en trois entretiens avec cette psychologue. Lors du premier entretien, des questions vous seront posées concernant vos difficultés et votre qualité de vie. Lors du deuxième entretien, des questions vous seront posées par rapport à vos symptômes actuels et vos croyances et pratiques religieuses. Lors du troisième entretien vous seront posées des questions relatives à la relation d'attachement durant votre vie.

Si vous acceptez de participer à cette étude, un code vous sera immédiatement attribué. Seule la clinicienne qui vous aura interrogée connaîtra la correspondance entre vous et le code pour anonymiser les informations. Tous les traitements ultérieurs seront effectués avec ce code. Les présentations des résultats de cette étude seront réalisées en respectant votre anonymat.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Vous êtes également libre d'arrêter l'étude à tout moment, sans justifier votre décision. Tous les documents cliniques relatifs à l'étude seront alors détruits. Votre traitement médical, psychosocial et médicamenteux ne sera pas influencé par l'inclusion dans l'étude, ni par un retrait éventuel. L'entretien se déroulera dans votre lieu de soin habituel. Vous aurez la possibilité de vous adresser à tout moment au responsable de l'étude pour l'obtention d'informations complémentaires.

Votre participation à cette étude n'entraînera aucun bénéfice direct pour vous-même. Il est en revanche attendu une amélioration des connaissances relatives au lien entre la

dimension de l'attachement et la dimension spirituelle chez des personnes souffrant de troubles psychiques. Aucun risque n'est à craindre des entretiens cliniques, notamment, vos croyances spirituelles et vos pratiques religieuses seront respectées, sans aucune invalidation, ni prosélytisme. Le protocole a été approuvé par le Chef de Service et le Comité Ethique du Département de Psychiatrie.

En cas de dommage subis dans le cadre de l'étude, vous bénéficierez d'une compensation pleine et entière ; une assurance spéciale a été contractée par les HUG pour couvrir cette responsabilité. Le cas échéant l'investigateur vous prêtera assistance pour entreprendre les démarches nécessaires.

Les représentants des autorités et des commissions d'éthique ont un droit de regard sur les données de l'étude.

Tout en vous remerciant d'accepter de participer à notre étude, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de nos salutations les plus distinguées.

Dr. Ph. Huguelet

Responsable de l'étude

Dr. Philippe Huguelet
Département de Psychiatrie
Clinique de Psychiatrie Adulte
Tél : 022 383 21 20

Genève, le 6.1.2009

Etude sur la dimension de l'attachement et le coping spirituel chez les personnes suivies à la consultation de psychiatrie adulte.

Information aux personnes souhaitant participer à cette recherche

Madame, Monsieur,

Dans le contexte d'une collaboration entre les HUG et l'université de Lausanne, nous entreprenons une recherche sur le lien entre l'attachement (relation aux proches tout au long de votre vie) et la dimension spirituelle et religieuse chez les personnes souffrant de troubles psychiques. Notre objectif est de comparer les résultats d'investigations cliniques au près de personnes souffrant de troubles psychiques à ceux de personnes ne souffrants pas de troubles psychiques. Votre participation consistera en trois entretiens avec une psychologue. Lors du premier entretien, vous seront posées des questions concernant votre qualité de vie. Un examen diagnostique sera également administré afin d'exclure la présence d'un trouble psychiatrique. Pour le cas où un tel trouble serait mis en évidence, la participation à l'étude serait impossible. Si vous le souhaitez, une information pourra alors être donnée à votre médecin traitant. Lors du deuxième entretien, des questions vous seront posées par rapport à vos croyances et pratiques religieuses. Lors du troisième entretien vous seront posées des questions relatives à la relation d'attachement durant votre vie.

Si vous acceptez de participer à cette étude, un code vous sera immédiatement attribué. Seule la clinicienne qui vous aura interrogée connaîtra la correspondance entre vous et le code pour anonymiser les informations. Tous les traitements ultérieurs seront effectués avec ce code. Les présentations des résultats de cette étude seront réalisées en respectant votre anonymat.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Vous êtes également libre d'arrêter l'étude à tout moment, sans justifier votre décision. Tous les documents cliniques relatifs à l'étude seront alors détruits. Les entretiens se dérouleront à la consultation psychiatrique des Eaux-Vives à Genève, ou à l'université de Lausanne. Vous aurez la possibilité de vous adresser à tout moment au responsable de l'étude pour l'obtention d'informations complémentaires.

Votre participation à cette étude n'entraînera aucun bénéfice direct pour vous-même. Il est en revanche attendu une amélioration des connaissances relatives au lien entre la dimension de l'attachement et la dimension spirituelle chez des personnes souffrant de troubles psychiques. Aucun risque n'est à craindre des entretiens cliniques, notamment,

vos croyances spirituelles et vos pratiques religieuses seront respectées, sans aucune invalidation, ni prosélytisme. Le protocole a été approuvé par le Chef du Service de psychiatrie Adulte des HUG et le Comité Ethique du Département de Psychiatrie.

En cas de dommage subis dans le cadre de l'étude, vous bénéficierez d'une compensation pleine et entière ; une assurance spéciale a été contractée par les HUG pour couvrir cette responsabilité. Le cas échéant l'investigateur vous prêtera assistance pour entreprendre les démarches nécessaires.

Les représentants des autorités et des commissions d'éthique ont un droit de regard sur les données de l'étude.

Tout en vous remerciant d'accepter de participer à notre étude, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de nos salutations les plus distinguées.

Dr. Ph. Huguelet

Responsable de l'étude

Tableau 33 : Liste des participants contrôlés

Participants contrôlés	AAI	Attachement religieux	Date de naissance	Sexe	Nationalité	Etat civil	Niveau de formation des parents	Affiliation religieuse
C1	S	S	02.05.1905	f	Française	marié	apprentissage	catholique
C2	S	S	01.08.1965	f	Suisse	divorcé	apprentissage	évangélique
C3	S		11.04.1986	m	Suisse	célibataire	apprentissage	protestante
C4	S	S	14.05.1905	f	Suisse	marié	apprentissage	protestante
C5	S	I (P)	02.06.1905	f	Suisse	célibataire	haute école	sans affiliation
C6	S	S	29.05.1905	m	Egyptienne	marié	pas de formation	orthodoxe
C7	I (D)		04.05.1905	m	Suisse	marié	apprentissage	sans affiliation
C8	S	I (P)	06.05.1905	f	Suisse	marié	apprentissage	chrétienne
C9	S	S	23.05.1905	f	Suisse	marié	apprentissage	chrétienne
C10	S	S	16.05.1905	f	Suisse	marié	apprentissage	évangélique
C11	I (D)		12.07.1980	m	Suisse	célibataire	universitaire	sans affiliation
C12	S	S	22.01.1960	m	Suisse	marié	apprentissage	catholique
C13	I (P)		27.10.1982	m	suisse/portugaise	célibataire	apprentissage	sans affiliation
C16	S	S	02.06.1905	m	Suisse	marié	apprentissage	évangélique
C17	S	S	02.06.1905	m	Suisse	célibataire	apprentissage	évangélique
C18	I (P)	S	15.07.1963	m	Congolaise	marié	haute école	catholique
C19	I (D)	S	05.06.1905	m	Egyptienne	célibataire	apprentissage	musulmane
C20	S	S	28.10.1955	m	Française	marié	apprentissage	protestante

Tableau 34 : Liste des patients

Patients	Diagnostic	AAI	Attachement religieux	Date de naissance	Sexe	Nationalité	Etat civil	Niveau de formation des parents	Affiliation religieuse
P1	schizophrénie paranoïde	S		15.04.1978	m	Suisse	célibataire	apprentissage	sans affiliation
P2	schizophrénie paranoïde	S	S	02.02.1959	m	Congolaise	divorcé	pas de formation	chrétienne
P4	trouble psychotique chronique	I (D)	I (D)	26.01.1977	f	Brésilienne	marié	apprentissage	évangélique
P5	schizophrénie paranoïde	P	S	25.05.1972	m	suisse/portugaise	célibataire	apprentissage	évangélique
P7	schizophrénie paranoïde	I (D)		11.05.1981	m	suisse/portugaise	célibataire	apprentissage	catholique
P9	schizophrénie paranoïde	I (D)		01.10.1953	m	Française	divorcé	apprentissage	bouddhiste
P10	schizophrénie paranoïde	I (D)		10.12.1982	m	Algérienne	célibataire	haute école	musulmane
P11	trouble schizo-affectif	I (P)	S	04.02.1952	m	Guadeloupéenne	divorcé	apprentissage	chrétienne
P13	trouble schizo-affectif	I (D)	I (P)	04.08.1972	m	Suisse	célibataire	universitaire	chrétienne
P14	schizophrénie paranoïde	I (D)	S	31.07.1970	f	Suisse	célibataire	apprentissage	catholique
P15	schizophrénie paranoïde	I (D)	I (D)	08.10.1968	f	suisse/portugaise	célibataire	apprentissage	catholique
P16	schizophrénie paranoïde	I (D)		13.02.1976	m	Italienne	célibataire	apprentissage	juive
P17	schizophrénie paranoïde	I (D)	I (P)	12.08.1967	m	Marocaine	marié	apprentissage	musulmane
P18	trouble schizo-affectif	S		11.04.1970	m	Yougoslave	célibataire	apprentissage	orthodoxe
P19	schizophrénie paranoïde	I (D)	I (D)	30.08.1959	m	Allemande	célibataire	universitaire	catholique
P20	schizophrénie paranoïde	I (D)	I (P)	21.04.1981	f	Chilienne	célibataire	apprentissage	catholique
P22	schizophrénie paranoïde	I (D)	I (D)	01.01.1977	m	Suisse	célibataire	universitaire	catholique
P23	schizophrénie paranoïde	I (D)		26.12.1949	m	Suisse	célibataire	apprentissage	catholique
P24	schizophrénie paranoïde	I (D)		23.07.1971	m	Turque	célibataire	universitaire	musulmane
P25	schizophrénie paranoïde	I (P)	S	18.01.1979	m	Yougoslave	célibataire	apprentissage	évangélique
P26	schizophrénie paranoïde	I (D)		14.11.1961	m	Suisse	célibataire	apprentissage	sans affiliation
P27	schizophrénie paranoïde	I (D)	S	04.12.1970	f	Italienne	célibataire	apprentissage	catholique
P28	schizophrénie paranoïde	I (D)		25.02.1977	m	Congolaise	célibataire	apprentissage	catholique
P29	schizophrénie paranoïde	I (D)	I (D)	17.11.1975	m	Suisse	célibataire	haute école	protestante
P30	schizophrénie paranoïde	S	S	02.08.1966	f	Algérienne	célibataire	apprentissage	musulmane
P31	trouble schizo-affectif	S	S	27.04.1959	f	Suisse	divorcé	apprentissage	juive
P32	trouble schizo-affectif	S	I (P)	06.09.1945	m	Suisse	célibataire	apprentissage	protestante
P33	trouble schizo-affectif	I (D)	I (P)	28.05.1969	f	Suisse	célibataire	apprentissage	catholique

Tableau 35 : Intensité des symptômes pour chaque patient (BPRS)

		Patients																																
Symptômes	1	2	4	5	7	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19	20	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33						
1. préoccupations somatiques	2	2	2	2	2	2	5	4	3	2	4	1	4	1	1	3	4	1	2	1	5	1	5	1	1	2	1	2	1	5				
2. anxiété	3	3	6	2	4	4	4	4	5	3	4	5	5	3	3	5	4	5	3	3	4	4	5	5	3	2	2	2	6					
3. dépression	4	4	5	2	3	4	2	5	4	3	4	3	5	3	4	3	3	6	3	4	5	3	5	5	2	1	3	4						
4. tendances suicidaires	3	3	5	1	2	2	1	4	3	1	2	1	3	3	2	3	2	4	1	2	4	2	4	2	1	1	1	1	2					
5. sentiment de culpabilité	2	2	6	2	1	2	2	1	4	1	1	1	5	1	3	4	4	3	1	2	3	2	3	1	1	2	1	5						
6. hostilité	2	2	3	1	1	1	2	3	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	3	2	1	1	1	3						
7. humeur élevée	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1	4	1	2	1	1	1	2						
8. mégalomanie	2	2	1	1	1	1	6	4	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	4	1	1	6	1	1	1	1	1	1						
9. suspicion	3	3	5	2	5	3	5	5	4	2	4	4	4	1	3	2	3	4	3	2	3	2	5	3	2	1	1	4						
10. hallucinations	3	3	2	5	4	3	4	1	2	5	3	1	3	1	1	4	1	2	5	4	1	3	4	4	7	1	1	5						
11. pensées inhabituelles	1	1	1	4	4	2	5	2	3	5	3	4	5	1	1	5	4	4	6	3	1	5	3	4	6	1	1	3						
12. comportements bizarres	1	1	3	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	3	1	1	2	3	1	1	3	1	1	2						
13. négligence personnelle	3	3	1	1	2	4	1	1	2	2	1	1	3	1	2	6	4	4	4	1	3	4	3	1	1	1	2	2						
14. désorientation	1	1	1	1	5	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1						
15. désorganisation conceptuelle	1	1	1	1	5	4	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	4	4	2	2	4	2	3	3	2	1	1	3						
16. affect émoussé	3	3	1	1	2	4	2	2	0	1	2	5	1	1	3	1	4	3	3	1	3	1	3	1	3	1	1	1						
17. retrait émotionnel	2	2	1	1	2	5	1	1	4	1	1	3	3	1	2	1	4	3	3	3	4	3	4	1	2	1	1	2						
18. ralentissement moteur	1	1	2	1	1	5	2	1	3	1	1	3	3	1	1	2	3	2	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1						
19. tension	4	4	4	2	4	5	1	4	4	3	2	3	2	2	1	1	3	1	2	2	3	1	4	1	1	1	1	2						
20. non coopération	1	1	1	1	3	1	1	3	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
21. excitation	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2	1	1	1	1	3						
22. distractibilité	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	2	1	2	1	3	1	1	1	1	1	5						
23. hyperactivité motrice	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
24. maniérisme et attitudes	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						