L'instabilité de certains patterns d'attachement comme facteur de vulnérabilité psychologique chez l'adolescent psychasthène

Fayza Djenidi* Farida Guemaz**

الملخّص

إنّ الاهتمام بالصحّة النفسية للمراهق وما ينجرّ عنها من مشاكل أصبحت تشكّل مطلبا ضروريا للبحث عن سبل جديدة للكشف عن العوامل المرضية في ميدان الأمراض النفسية وطرق التكفل بها. ويهدف هذا المقال إلى محاولة اعتماد تصورايتيوباتوجيني لفهم نوع من أنواع العصاب النفسي قليل التناول ، ألا وهو الإعياء النفسي " السيكاستينيا, اضطراب من الممكن أن يتطور إلى اضطرابات أكثر خطورة مثل حالات الاكتئاب ،... لقد حاولنا التطرق لهذا الموضوع من وجهة نظر نظرية التعلق ، التي تؤكد على أهمية أنماط التعلّق كعوامل خطرواحتمال لظهور السيكاستينيا لدى المراهق.

الكلمات المفاتيح: أنماط التعلق ، السيكاستينيا ، المراهق ، الضعف النفسي ، العصاب النفسي.

Résumé

L'intérêt accordé à la santé mentale de l'adolescent ainsi qu'à sa vulnérabilité psychologique est devenu d'une telle exigence qu'il parait essentiel d'investiguer d'autres pistes de recherche dans le champ de la psychopathologie des jeunes. Cet article a pour ambition de porter une réflexion sur une éventuelle perspective étiopathogénique d'une psychonévrose peu abordée en clinique, il s'agit de la psychasthénie, un trouble pouvant évoluer vers d'autres troubles plus graves tels que les états dépressifs.. Nous voulons aborder à travers cette synthèse l'impact de l'instabilité de certains patterns d'attachement comme une probable étiologie de la psychasthénie chez l'adolescent.

Mots clés : Patterns D'attachements, Psychasthénie, Adolescent, Vulnérabilité Psychologique, Psychonévrose

Summary

The adolescent mental health's focus and vulnerable psychology became very important, that it would be overly required to investigate other research areas, within the field of psychopathology. The main objective of this article is to discuss reflection on a possible Etiopathogenic perspective of a psychoneurosis which dealts with clinical psychology. It is a question of psychasthenia, such a trouble could developed the another one more dangerous such as depressive state . we want to achieve through this synthesis the impact of instability of patterns attachment as a probale etiology of pyschasthenia in an adolescent.

Keyswords : Patterns Of Attachement, Psychasthénia, Adolescent, Psychological Vulnerability, Psychoneurosis

* Département de psychologie, Université Mohamed Lamine Debaghine .Sétif 2

** Département de psychologie, Université Mohamed Lamine Debaghine .Sétif 2

Introduction

L'approche clinique de la santé mentale de l'enfant ainsi que celle de l'adolescent, nous oblige aujourd'hui à soulever un certain nombre de réflexions quant à la nature et également l'étiologie psychopathologique de la souffrance chez ces derniers, une souffrance, qui vraisemblablement traduit une altération cliniquement significative du fonctionnement affectif sous-jacent qui entrainera plus tard une inadaptation relationnelle et sociale, c'est pourquoi il importe de toujours réaffirmer que la qualité des premiers liens que tisse tout enfant avec son entourage a de réelles répercussions sur son développement affectif, émotionnel et social, étant donné que parmi les troubles que l'on retrouvent à l'adolescence les uns sont apparus dans l'enfance et font le lit d'un bon nombre d'autres pathologies, c'est le cas notamment des patterns d'attachement et plus précisément leur instabilité pouvant entrainer par la suite un disfonctionnement sur le plan affectif, ayant pour contrainte d'enfermer l'enfant et plus tard l'adolescent dans la répétition de conduites mentales ou comportementales négatives, en effet, la santé mentale de l'enfant est constamment soumise à un ensemble considérable de stimuli positifs et négatifs trouvant leur origine dans l'entourage de celui-ci puisque l'influence familiale, sociale et matérielle auxquelles est exposé tout enfant est la base sur laquelle il s'appuie pour construire sa personnalité, dans ce contexte les parents représentent des figures majeures à la fois point d'appui et de repère pour la consolidation et le maintien d'un équilibre affectif stable, depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence, une période représentative d'un processus d'autonomisation, pivot qui consiste, en grande partie pour l'adolescent, à se détacher de ses parents pour pouvoir investir d'autres objets d'attachements et parachever ses identifications….. Néanmoins si les relations changent entre l'adolescent et ses parents et deviennent parfois source de tension, celui-ci a constamment besoin de leur présence, une relation permanente et stable est plus que nécessaire à son développement., car l'adolescence constitue cette période critique où le sujet désorienté est sans cesse en quête de lui-même et à la recherche d'un sens de toute cette désorganisation interne, un climat conflictuel lui est imposé, qui va le rendre particulièrement lié à son environnement et détaché en même temps, plus le jeune est en insécurité intérieure, plus il sera dépendant de son entourage, une dépendance plus pathogène que normale, dans cette sphère conflictuelle l'adolescent accumule des tensions générées par les transformations physiologiques, ainsi que les pressions environnementales, n'arrive plus à gérer ses conflits intérieurs faute de capital défensif adéquat et probablement un processus d'attachement entravé par des ruptures relationnelles et affectives antérieures avec les figures d'attachement, celui-ci aura tendance à se vulnérabiliser intérieurement et physiquement, faisant apparaitre les stigmates d'une probable névrose ou psychonévrose .

Dans une perspective plausible la théorie de l'attachement, présente plusieurs hypothèses pouvant être à l'origine de l'évolution d'un trouble névrotique tel que la psychasthénie, un trouble très peu connu du milieu clinique et également très mal diagnostiqué de part sa similarité avec d'autres troubles.

L'article présent a pour ambition d'ouvrir une piste de recherche sur l'instabilité de certains patterns d'attachement et leurs modes d'action dans le développement de la psychasthénie depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence.

Au centre de cette réflexion le questionnement suivant : L'adolescent psychasthène a-il pu trainer dés l'enfance un patrimoine d'attachement instable bien spécifique l'ayant rendu vulnérable sur le plan psychologique ?

1-L'engouement pour la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement a suscité un grand intérêt, et a fait couler beaucoup d'encre, pour notre part il ne s'agit pas de nous étaler sur les fondements de cette dernière mais plutôt d'apporter quelques élucidations relatives à cette approche, et plus particulièrement aux concepts clés qui ont

caractérisé cette dernière pour mieux cerner notre problématique.

Beaucoup de théoriciens ainsi que d'autres chercheurs et spécialistes de la psychologie de l'enfant comme Wallon, Spitz,… attestent que les fondements de la personnalité de l'adulte se construisent à partir de la sociabilité et la stabilité affective de l'enfant et si ces derniers ce sont intéressés plus particulièrement au développement psychoaffectif de celui-ci, c'est pour l'unique raison que l'apport de la relation d'attachement est un facteur essentiel dans la contribution au développement des compétences sociales et émotionnelles du jeune enfant, en effet le premier modèle de ce qu'est une relation pour l'enfant et de ce qu'il peut en attendre est incontestablement ce lien avec sa mère ou une figure d'attachement présente et prédisposante.[1]

Donc le mieux pour qu'un enfant puisse se développer le plus normalement du monde, tant sur le plan affectif qu'émotionnel, serait qu'il ait une relation d'attachement harmonieuse avec au moins une personne qui lui prodiguera des, soins stables et continus **.** ce que St- Antoine (2000) définit comme ; « La personne significative la plus stable que l'enfant a connu au départ et ce, en fonction des réponses empathiques données par celle-ci aux besoins de celui-ci. Ce rôle est souvent joué par la mère mais peut également être joué par le père, une tante, une mère d'accueil ou toute autre personne significative pour l'enfant.[2]

« Un bébé seul n'existe pas » : disait Winnicott ! Le bébé dépend pour sa survie de soins d'une personne adulte.[3]

Dans ce contexte il n'est pas à exclure qu'a coté des travaux de ces nombreux chercheurs et spécialistes, John Bowlby, considéré comme le premier fondateur de la théorie de l'attachement, s'est inspiré ultérieurement de leurs recherches, puisque dés les années 40, il attira l'attention sur les répercussions néfastes que peuvent générées les carences maternelles précoces et des ruptures à répétitions sur le développement des enfants et plus spécialement sur leur adaptation sociale, sans pour autant rompre complètement avec ses prédécesseurs et leurs théories des liens sociaux et affectifs,, il reconnait l'existence des besoins primaires essentiels à satisfaire, mais il insiste en rajoutant un autre besoin primordial celui de l'attachement.[4]

Pour lui, l'attachement remplit un besoin primaire et assume une fonction adaptative liée à la protection et à la survie de l'espèce, pour sa part, Ainsworth (1989), considère que l'attachement renvoie à un lien affectif durable qui se développe dans les premières années de la vie et qui unit l'enfant à une figure parentale.[5]

On ne peut quantifier ni mesurer l'attachement mais on peut le représenter par des variables qui permettent généralement de mesurer le type et le degré d'attachement chez l'enfant et l'adulte. Ce sont principalement quatre variables, le besoin de proximité physique, comme base de sécurité ; la capacité d'exploration et d'autonomie, l'existence d'un port d'attache en cas de stress, et enfin la présence d'une réaction de protestation en cas de rupture.[6]

Afin de mieux recarder les origines et l'évolution du concept du trouble de l'attachement dans le DSM, il faudrait revenir en 1980 ou la première mention du trouble réactionnel de l'attachement (TRA) fait son apparition dans le DSM III, celui-ci est définit comme un mode de relation sociale gravement perturbée et inappropriée au stade du développement [7],ce diagnostic repose alors sur l'existence d'un retard de croissance et d'un manque de réponses sociales pouvant se manifester à l'âge de 8 mois, néanmoins cette âge est repoussé à 5 ans lors de la révision du DSM en 1987,ou deus sous types sont mis en avant (inhibé/désinhibé), en 1994 le DSM IV, met autant l'accent sur l'étiologie des troubles que sur leurs manifestations et associent le trouble de l'attachement et les soins gravement déficients et pathogènes dans l'enfance, dont le principal symptôme est un contact social inapproprié, à moins que ce diagnostic ne décèle un trouble envahissant du développement ou une déficience intellectuelle.[8]

Mais depuis le fondement des sa théorie sur l'attachement, Bowlby (1978 a, 1978 b, c1984), quand à lui avance que **l**a notion

d'***attachement*** renvoie à la fois à une composante innée et apprise. Pour lui (1978 a), le sujet a un besoin primaire (inné) de s'attacher à sa figure d'attachement (préférentiellement la mère). Tel que appuyé aussi par Zazzo (1979), « le besoin d'attachement est inné alors que l'attachement est appris » Ainsi, l'attachement est fait d'une part, de schèmes innés consistant à rechercher la proximité physique et affective avec la figure d'attachement et, d'autre part, de schèmes appris consistant à s'adapter psychiquement, émotionnellement et cognitivement aux réponses de la figure d'attachement, [9] cependant le pattern ou bien le type d'attachement que l'enfant va développer au courant de sa vie dépend essentiellement de la façon avec laquelle il a construit ses liens affectifs dans l'enfance auprès de sa figure d'attachement, ceci dit que l'attachement est une construction qui s'opère au fil du temps à travers un processus d'actions et de réactions qui s'installe progressivement entre le donneur de soin et l'enfant et qui par conséquent garantie une base de sécurité plus tard à celui-ci. [10]

Pour Bowlby(1984) les expériences infantiles quotidiennes avec les figures parentales serviraient à l'enfant à intériorisé le lien d'attachement et développer des schémas cognitifs, (Bowlby 1987b), ajoute une fois acquis et consolidés, ces modèles se pérenniseraient et continueraient à agir sur la perception et la réaction de celui-ci vis à vis de son entourage (Sroufe, Carlson, Lévy & Egeland, 1999; Thompson, 2008). Élaborés à partir d'expériences précoces préverbales, ceux-ci seraient résistants au changement, puisqu'ils seraient encodés dans la mémoire implicite, fonctionnant de façon automatique et en dehors de la conscience (Kandel, 1999; Main, 1999) [11] D'où l'importance de ces premiers liens affectifs entre l'enfant et ses figures d'attachement, des liens qui sans doute joueront un rôle important tout au long de la vie de tout individu.

a- Les figures d'attachement

Les figures d'attachement sont toutes les personnes qui prendrons soin de l'enfant lors des premiers mois qui précèderons sa naissance, la mère parait être la principale personne vers laquelle l'enfant dirigera ses comportements d'attachement, car elle est susceptible d'être en générale la figure d'attachement la mieux positionnée pour remplir cette fonction de part son lien biologique, mais d'autres personnes peuvent également remplir cette fonction comme le père, substitut parental, grands-parents, nourrice, référent de crèche vers lesquels l'enfant apprendra à se tourner électivement. [12]

La figure la plus adéquate et qui répond correctement et le plus chaleureusement aux attentes du bébé, est habituellement la figure principale, il s'agit le plus souvent dans nos sociétés de la mère, cependant le bébé acquière la capacité de distinguer entre figures principales et subsidiaires, sans pour autant qu'il ait une préférence pour l'une ou l'autre mais, c'est parce que la figure principale lui procure plus de sécurité qu'elle est mise en avant. D'ailleurs, Mary Ainsworth, le dit très bien: « c'est la figure qui a répondu le plus souvent, le plus rapidement et le plus adéquatement en s'engageant dans des relations animées et chaleureuses, qui sera investie comme figure d'attachement principale » [13]

b-Styles d'attachement

Le contact avec les figures d'attachement implique incessamment une réciprocité entre l'enfant et l'adulte et une recherche de proximité et éventuellement de protection lors des situations de stress, et en fonction des réponses que ces figures d'attachement apporterons à l'enfant, quelles soit bonnes ou mauvaises, celui-ci développera son propre style d'attachement, sur lequel il fonctionnera jusqu'à l'âge adulte.[14]

sur la base de plusieurs observations sur le sujet, beaucoup de chercheurs ont mis en évidence plusieurs styles d'attachement, les plus importants ont été proposés par Ainsworth et ses collègues (1978) et Bowlby (1988) qui avancent trois styles d'attachement observables à 12 mois ***secure, anxieux-évitant et anxieux-ambivalent***

.Chaque style est associé à la façon plus ou moins sensible, plus ou moins appropriée et rapide avec laquelle la figure significative répond aux signaux de détresse de l'enfant. [15]

L'enfant ayant une organisation « Secure » utiliserait la figure d'attachement comme base de sécurité pour explorer son environnement, cette base lui procurerait une confiance affective primordiale pour toute relation stable afin d'aider celui-ci à se projeter vers l'avant et lui permettre de se détacher progressivement et surement de sa figure d'attachement initiale tout en gardant la possibilité de faire appel à celle –ci dans des situations de frustrations ou il ressentirait de l'anxiété et le plus souvent lorsqu'il est confronter à un danger, dans ce style d'attachement « Secure » l'enfant serait généralement coopératif enthousiaste, son monde serait prévisible et empreint d'une atmosphère confiante. Par contre dans le type d'attachement «anxieux- évitant » qui est caractérisé par des interactions intrusives et rejetantes de la part de la personne significative, l'enfant serait « détaché », il aurait appris à désactiver à chaque fois son système d'attachement, ainsi son exploration pour son environnement se ferait d'une façon défensive comme si l'enfant était sur ses gardes, il serait généralement hostile, antisocial, renfermé et rechercherait négativement à attirer l'attention des autres.[2]. Dans le type « ***anxieux-ambivalent »,*** l'enfant serait généralement tendu, impulsif et passif. Ce dernier style d'attachement semblait associé aux incohérences des réponses maternantes correspondant au manque de disponibilité et au rejet de la personne significative. L'enfant avait appris de son côté, à suractivé son système d'attachement (Lemieux, 2000; St-Antoine, 2000).

La définition d'un quatrième style a été introduite ultérieurement., cette catégorie porte le nom « ***d'évitant-ambivalent »***dans le système de Crittenden (1992) et de « ***désorganisé-désorienté*** » dans le système de Main et Solomon (1986) dans ce style d'attachement, l'enfant aurait constamment des attitudes contradictoires et déroutantes, son monde serait généralement pour lui carrément imprévisible, il aurait besoin de l'adulte mais sans pouvoir lui faire confiance, il comblerait ses besoins dans un type de relations utilitaires dans ***le*** « ***ici et maintenant*** » car l'avenir serait trop incertain et angoissant, rendu à cette étape, l'enfant aurait une distorsion de base de sa sécurité, sur ce qui est bien ou non pour lui, sur la légitimité ou non de ses désirs et de ses besoins, sur sa perception du bien et du mal et sur l'approbation des comportements des adultes (St-Antoine, 2000).[16]

c- Les comportements d'attachement

Afin d'obtenir une proximité avec sa figure d'attachement, l'enfant dispose d'un répertoire comportemental qui est en réalité un ensemble de signaux lui permettant d'attirer l'attention de celui qui s'occupe de lui en cas de malaise ou d'inconfort. Au fur et à mesure du développement du bébé, d'autres registres de comportement apparaissent qui, tous, ont la même finalité, permettre au petit humain de se rapprocher de ceux qui peuvent le protéger ou de maintenir cette proximité autant de temps qu'il lui est nécessaire .[17]

Le comportement instinctif de l'enfant caractérisé par les pleurs les sourires et les agrippements etc, permet à celui-ci d'augmenter ses chances de survie et ceci bien évidemment par le rapprochement avec toute personne pouvant s'occuper de lui, si ce comportement est a l'origine spontané, il devient par la force des choses un comportement d'attachement, ce dernier est plus distinctement sécurisant lorsque l'enfant fait l'expérience d'un parent accessible répondant de manière chaleureuse à ses exigences, mais également face à un danger ou un état physiologique menaçant l'enfant qui auparavant a former un lien sécurisant sera en mesure d'utiliser ce réconfort pour atténuer sa détresse et par la suite surpasser ces comportements d'attachement pour pouvoir s'engager dans la découverte et l'exploration de l'environnement qui l'entoure et ainsi développer et acquérir son autonomie(Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 19787), [18] Mais là, ce n'est pas toujours le cas, un passif important dans l'enfance marqué par des événements traumatisants une dépendance

exagérée à l'environnement et des perturbations affectives pourraient être expressifs d'un bon nombre de symptômes qui referont surface à l'adolescence.

2-Des signes précurseurs dès l'enfance jusqu'à l'adolescence

L'adolescence est l'âge ou le jeune remet en question les valeurs familiales transmises jusqu'ici considérées comme protectrices, il se débat dans un mouvement contradictoire qui l'amène à vouloir se détacher de son entourage, mais en même temps il a besoin d'être sécurisé par ses parents, l'intensité du conflit dans lequel il se débat dépend de la qualité et la nature des relations d'attachement qu'il a entretenu avec ces parents.[9] En effet, l'enfant qui n'a pu bénéficier dans les premières années de vie d'une présence chaleureuse quelle soit maternelle ou autre apte à favoriser l'apparition de liens d'attachement (soit en raison de ruptures répétées ou encore de l'incapacité de la figure d'attachement à être sensible à ses besoins) risque de se détourner peu à peu de la relation pour devenir complètement détaché plus tard. [19]

Cela a été dument été prouvé car, l'évolution des connaissances scientifiques, plus particulièrement dans le domaine des neurosciences, et des connaissances cliniques quant aux besoins d'attachement de l'enfant nous enseigne que la continuité des soins et la stabilité des liens et des conditions de vie de l'enfant sont les facteurs à prioriser pour son développement, lui permettant ainsi d'investir en toute confiance et de développer sur cette base secure, une capacité relationnelle solide telle qu'il saura se tourner vers le monde extérieur avec confiance et établir avec les autres des rapports harmonieux .[20]

Néanmoins, faute de patrimoine affectivo-relationnel stable l'enfant est exposé à des conjonctures conflictuelles le mettant dans un état probable de vulnérabilité psychologique qu'il trainera plus tard à l'adolescence, à travers cette exposition émergerons des réponses émotionnelles pouvant faire apparaitre chez certains enfants des comportements reflétant un climat insécurisant dans lequel baignera l'enfant tout au long de son développement affectif. présentant de sérieux problèmes de sociabilité et de troubles psychologiques à l'adolescence ensuite à l'âge adulte.

Steinhauer (1996), pour sa part soutient que l'échec à former un lien sélectif durant la première enfance entraîne plus tard toute une série de comportements sociaux inadéquats, pour cet auteur, l'incapacité à établir un lien sélectif dans la première enfance compromet sérieusement l'adaptation sociale de l'enfant, ce handicap ne pouvant être entièrement surmonté plus tard que par le placement de l'enfant dans un environnement plus favorable .[21]

Dans ce contexte, aborder la période de l'adolescence et les problèmes de santé mentales ou physiques relatives à cette période, revient à étudier le développement de l'adolescent dans son ensemble dés l'enfance en passant par celle-ci jusqu'à l'âge adulte, celle-ci est un véritable ébranlement identitaire si profond que pour certains sujets il y'a une éventualité d'un changement de structure, une structure qui ne prend son sens que par rapport à un milieu dysharmonique dont il faut sans cesse tenir compte, qu'il soit dans l'agir ou dans le conformisme, l'adolescent est en quête du sens de toute cette désorganisation interne, et la seule réponse qu'il obtient c'est celle du corps social qui est plus volontiers de l'ordre de la répression, de la réadaptation que de l'ordre de la réhabilitation [22], un processus inévitable infligé par la force des circonstances du milieu à l'adolescent, méconnaissant pour autant l'importance du climat affectif antérieur dans lequel il a évolué faisant passé sous silence un bon nombre de troubles qui révélerons plus tard un disfonctionnement émotionnel et comportemental, car l'adolescence est incontestablement ce passage critique ou l'adolescent est sensé faire preuve d'autonomisation et d'indépendance vis à vis de son entourage, supposant faire preuve également de la solidité et de la qualité des acquis qu'il a pu emmagasiner lors de son développement précédemment établit .

Greenberg, Siegel & Leitch, 1983;Kenny et Donaldson, (1991),. ont mis en évidence le fait que

les adolescents qui ont des relations d'attachement sécurisantes et empreintes de confiance envers leurs parents rapportent un niveau plus élevé de compétences (meilleure estime de soi) et une plus grande satisfaction générale de la vie que ceux dont les relations sont dépourvues de ces attributs.[23] par contre ceux qui se détournent et se détachent facilement de leurs parents sont à l'origine des jeunes dépourvus de compétences émotionnelles et affectives stables, ils entretiennent plus des relations perturbées et éprouvent des sentiments d'hostilité envers leur parents et leur trouvent facilement des substituts tels que les groupes de pairs.

En période d'adolescence les jeunes sont exposés à plusieurs difficultés même si les soucis affectifs sont le plus souvent au centre de cette période critique d'autres difficultés viennent parfois aggraver les comportements des adolescents tels que des problèmes physiques et intellectuels, les comportements délinquants, les conduites internalisées ou externalisées, et même bien au-delà l'apparition de certains troubles de santé mentale**,**

en fait nous retrouvons une association de ces manifestations ou s'entremêlent refus scolaire refus de l'autorité parentale caractérisé par des troubles oppositionnels, insomnies plaintes somatiques et plus particulièrement une fatigue, car l'adolescent est souvent fatigué et cela sans avoir fournit aucun effort physique et même au réveil après une longue et bonne nuit de sommeil, certainement que la cause la plus fréquente de la fatigue chez l'adolescent en est son énorme poussée de croissance et sa transformation physiologique et psychologique car l'effort physique et mental qui lui sont imposés par sa maturation est considérable, mais cette fatigue persistante et incompréhensible cache bien d'autres symptômes, si bien que l'adolescent n'est pas seulement fatigué et épuisé, se plaignant constamment de troubles somatiques mais il est aussi inhibé, aboulique, manquant d'entrain et bien d'autres symptômes pouvant s'inscrire dans le registre clinique d'une névrose telle que la psychasthénie que, Janet (1859-1947) définie comme un trouble déficitaire de l'effort, le déficit énergétique peut, dans certains cas, provoquer la libération des activités de bas niveau, véritable gaspillage énergétique, sous forme d'agitations psychomotrices (phobies et compulsions) et idéoverbales (obsessions), il a mis en avant une notion pouvant expliquer ce déficit et l'a appelé « baisse de la tension psychologique » qui contraint le sujet à fournir au quotidien un effort excessif, ou le sujet est incapable de parvenir à un niveau suffisamment élevé des fonctions du réel pour formuler des pensées efficaces et des actes volontaires capables de transformer le milieu ou plus exactement le vécu.[24], il assigne également un rôle central à la psychasthénie qui équivaut à un manque d'énergie mentale, il s'agit d'un trait de personnalité permanent chez l'obsessionnel, elle correspond fondamentalement à un déficit qui pourrait être inné ou acquis et serait la base commune au obsessions aux phobies et aux états anxieux aigus ou chroniques, elle est donc sous jacente à l'ensemble de la pathologie névrotique, à l'exception de l'hystérie qui dérive des idées fixes subconscientes.[25]

l'adolescent psychasthène peut souffrir d'une psychasthénie sans pour autant que son entourage ne s'en rende compte, mais ce dernier incombe plutôt les symptômes générés par le trouble à la période charnière que le jeune est en phase de traverser et parmi toutes les manifestations cliniques que la famille perçoit parfois comme dérangeantes et parfois d'autre comme inquiétantes, la fatigue parait être le symptôme principale qui alerte ou dérange certainement l'entourage, mais qui pour les spécialistes est significatif d'une souffrance psychologique antérieure, car toute cette symptomatologie porteuse d'un sens clinique, nous renseigne sur un vécu psychique douloureux chez l'adolescent, ayant contraint celui-ci à se confiner à travers un processus d'attachement inadéquat, dans des conduites d'inhibition d'évitement et de restriction, à l'origine de ces conduites des disfonctionnements affectifs vulnérabilisants l'ayant par la suite fragiliser au cours de son développement.

3-La fatigue chez l'adolescent révélatrice de problèmes affectivo- relationnels sous-jacents

Si la fatigue est révélatrice de malaises ou de troubles affectivo- relationnels latents, un signe précurseur en quelque sorte de la qualité des liens établis précédemment entre l'enfant et son entourage, l'adolescence en elle-même est une période de dévoilement de ce qu'a pu intérioriser l'adolescent pendant son enfance, ainsi une sécurité intérieure largement nourrie d'une bonne estime de soi et une confiance en soi suffisantes permettront à l'adolescent de bien gérer la distance entre lui et son environnement, la souplesse avec laquelle va être empreinte cette relation va de surcroit favoriser l'acquisition d'un bon nombre d'aptitudes émotionnelles et sociales sur la base desquelles celui-ci développera son autonomie.

Dés l'apparition de la puberté, l'adolescent se voit imposer non seulement la modification de la distance avec les parents mais aussi une modification en lien avec les transformations physiologiques, une modification brutale rapide du corps de celui-ci, apte à agir sa vie pulsionnelle en particulier la sexualité et l'agressivité, la manifestation de ce changement se fait immédiatement sentir et se répercute invraisemblablement sur la relation avec les parents et le reste de l'entourage, dans ce schéma l'adolescence est supposée être cette période reflétante d'un capital d'expériences précédentes solides et la réussite d'un aménagement psychique stable, car en leur absence l'adolescent va révéler inopinément et le plus souvent brutalement la fragilité et la vulnérabilité du monde interne et l'ampleur des besoins et des attentes à l'égard des objets externes, tout en conflictualisant ces liens.

une sphère ou s'opère un véritable changement relationnel empreint parfois de comportements oppositionnels mal compris et mal gérer par l'entourage ou au contraire, des conduites plutôt internalisées et mal interprétées, pour ainsi dire si l'importance des comportements d'affrontement et même les fréquentes ruptures avec l'entourage sont des agissements caractérisés par un aspect agressif traduisant surtout un intense besoin du rôle défensif chez l'adolescent pour extérioriser ses conflits et font partie intégrante du vécu d'un bon nombre d'adolescents, d'autres par contre auront tendance se confiner dans des conduites de retrait et d'isolement, leurs comportements sont plutôt empreints d'attitudes hésitantes, on les sent plus flotter dans une passivité, leurs peurs d'affronter les autres les rend exposer davantage à des situations gênantes tel que rougir en public en prenant la parole, leur champ de contact se restreint de plus en plus à force qu'ils cèdent à leurs craintes, toutefois ces manifestations peuvent paraitre très normales et transitionnelles pour la période, cependant leurs persistances et leurs évolutions vers des conduites d'inhibition et de malaise sont synonyme d'une fragilité intérieure.

Et même si ces conduites d'inhibition et de restriction des activités du Moi apparaissent souvent dans un premier temps comme rattaché à des traits de caractère propre à l'adolescent, leur brutale accentuation et leur présence affirmée, doivent toujours faire craindre et rechercher une angoisse sous-jacente que de rechercher une explication du comportement mis en avant. Restrictions et inhibitions peuvent également porter sur la vie pulsionnelle et sur la vie imaginaire fantasmatique. Ascétisme et intellectualisme sont considérés comme des modes de défense classiques de l'adolescence. La répression pulsionnelle qui va parfois jusqu'à la perte de tout désir, peut dans un premier temps favoriser la disponibilité intellectuelle mais rapidement les contre-investissements nécessaires pour assurer le maintien de la répression deviennent trop dispendieux d'énergie et épuisent le sujet.[26]

Ce processus, pourtant grave par ses conséquences, est trop bien toléré au début par tout l'entourage pour constituer un motif de consultation, néanmoins, les conduites d'évitement finissent par aboutir à un comportement qui alarme l'entourage: baisse du rendement scolaire, refus scolaire, repli sur soi, refus de sortir et plaintes de fatigue sans aucun effort physique, une fatigue qui peut cacher une symptomatologie lourde de conséquences d'où

l'intérêt de ne pas sous- estimé la fatigue physique chez l'adolescent pouvant être à l'origine une fatigue psychique transformée en asthénie inconsciemment refoulée pendant l'enfance.[27].

4-Fragilité du fonctionnement défensif chez l'adolescent

Il est clair que tout enfant manquant d'affection et de sollicitude lors de ses premières années éprouvera certainement une souffrance, que si elle n'est pas ressentie ni intégrée dés lors dans ses comportements provoquera plus tard une succession de maladies et de névroses. Il nous parait à première vue impossible de mesurer la souffrance conséquente d'une carence affective, pourtant lorsque un enfant a été négligé ou ignoré il s'est indéniablement produit des transformations physiologiques dans ses processus internes et cérébraux que l'on peut parfaitement mesurer, des années plus tard lorsqu'il revivra sa souffrance.

Les découvertes récentes concernant la psychologie, la biologie et la neurologie ont bien évidemment contribué à enrichir nos connaissances, ce qui a amélioré considérablement notre compréhension des êtres humains, de leurs actes conscients et inconscients, nous savons dorénavant que tout individu est affecté par sa propre histoire.[28]

Mijolla(1999), L'explique assez bien en rappelant que tout enfant est obligé de supporter le climat dans lequel il grandit, mais aussi les effets pathogènes restés en séquelles, du passé pathologique de sa mère et de son père, Il est porteur de cette dette contractée à son époque fusionnelle prénatale, puis de dépendance post-natale qui l'a structuré.. Ainsi, l'histoire psychique de l'enfant commence dès l'annonce de la grossesse qui lui donnera naissance tandis que la préhistoire psychique, correspond à tout ce qui s'est passé dans le réel ou dans les fantasmes des parents avant que cette annonce soit faite Lorsque les rôles sont fixés et que la réappropriation subjective est empêchée, les symptômes peuvent apparaître et persister.[29]

Au regard de ces données et de bien d'autres hypothèses cliniques nous pouvons comprendre sur quel mode défensif l'enfant névrosé a pu fonctionner et ce qui pourrait également nous éclairer sur les fixations ayant caractérisées la période de latence précédant l'adolescence, et que tout enfant présentant des symptômes issus de sa petite enfance a certainement développée des mécanismes de défenses inopérants, un refoulement insuffisant et une sublimation qui ne parvient pas à s'instaurer, à la suite de toute cette panoplie de mécanismes succédera une variété de troubles qui s'installeront plus tard au fur et à mesure que l'enfant avancera en âge et ce n'est entre autre qu'un signe significatif d'une intense anxiété sous-jacente s'exprimant à travers des manifestations symptomatiques pouvant s'extérioriser dans le registre de l'agir ou la sphère, somatique ce qui est parfois le cas des troubles de sommeil et éventuellemt les plaintes incessantes de fatigabilité mal comprise.

Toutefois, la non émanation du ressenti psychique douloureux ne doit pas faire conclure à son absence (Arbisio-Lesourd, 1997), car sans présenter réellement une symptomatologie reconnu,l'enfant anxieux de la période de latence semble être « mal à l'aise » et surtout inhibé, sa souffrance risque de passer inaperçue aux yeux de son entourage pourtant quelques fois les parents s'inquiètent et vont en consultation, lorsque elle provient des stades prégénitaux, l'angoisse va s'exprimer ouvertement à travers des symptômes ayant débuté dés la petite enfance,elle va générer dans certain cas des troubles du sommeil et bien d'autres troubles somatiques alors qu'habituellement ils tendent à disparaitre à l'entrée de la période de latence, il reste tout de même que l'anxiété au cours de cette période est manifestement difficile à déceler tant son expression peut passer sous silence,elle peut par ailleurs lors d'un évènement stressant s'exprimer brutalement . En définitive, l'enfant de la période de latence présentant des symptômes sévères et expressifs d'une anxiété permanente, possède l'âge chronologique d'appartenance à cette période mais ne possède pas toutes les caractéristiques psychologiques et psychiques ainsi que les aptitudes émotionnelles requises auxquelles on peut habituellement s'attendre. Ainsi que le rappelle D. W. Winnicott (1965), l'enfant de cette période qui

ne possède pas une bonne santé est un enfant cliniquement très malade, car habituellement toute symptomatologie est justement en « latence. [30]

pour sa part et d'un point de vue psychanalytique, (Dolto 1984), avance que lors de la période de latence, tant la qualité des castrations orales et anales que l'élaboration de la position dépressive sont réactivées, ce qui pourrait expliqué entre autre les difficultés à quitter les parents s'accompagnent parfois de manifestations anxieuses telles que des problèmes d'endormissement, des cauchemars, des tics ou une énurésie transitoire tout au long de cette période.[31]

Thibeault (2002), considère que chez les enfants âgés de la naissance à trois ans, les, ruptures fréquentes dans les relations d'attachement auprès des personnes significatives, représentent un facteur qui augmente le risque de développer des troubles de comportements sérieux.

Corcos, pour sa part admet qu'un disfonctionnement des interrelations précoces et ses conséquences sur le développement de l'enfant et le processus d'identification et de séparation-individuation sont dans la continuité des processus qui se sont joués dans les deux premières années de l'enfant et par la suite de l'adolescent, puisque par défaut de nourriture affective l'enfant a manqué d'espace psychique requis pour la construction et la reconstruction de son moi corporel et psychique.

Gauthier (2000), quand à lui avance que la qualité de la relation, entre un enfant et ses parents au cours des deux ou trois premières années de sa vie jouerait, un grand rôle dans la façon de percevoir le monde et d'interagir avec lui, cet auteur avance, que pour un enfant, les trois premières années de vie sont cruciales pour la formation d'un attachement de qualité et que les troubles de l'attachement risquent de, survenir chez cet enfant lorsque la qualité de la relation avec la personne significative est compromise.[32]

En plus à l'adolescence, les problématiques objectale et narcissique se conflictualisent réciproquement, La dialectique entre le besoin que l'on a de s'appuyer sur les autres, la sexualisation des liens et le besoin de se différencier et de s'affirmer dans son autonomie, peut se présenter sous la forme de ce paradoxe.

Selon Jeammet, la conduite d'opposition est à considérée comme un aménagement de cette situation de dépendance, un moyen de sortir de ce paradoxe. Le sujet continue ainsi de s'appuyer sur ses objets d'attachement, tout en méconnaissant qu'il a besoin d'eux, puisqu'il en est en désaccord.[33]

5-L'insécurité de certains modèles d'attachement à l'origine d'un état psychasthénique

Afin de mieux positionner les troubles d'attachement dans la sphère psychasthénique il nous ai demandé d'abord de mieux saisir l'origine du concept « psychasthénie »,et de le comprendre, le mérite revient à Pierre Janet (1859-1947) d'avoir popularisé ce terme, il s'agit d'après lui d'une affection mentale caractérisée par un affaiblissement du tonus vital (baisse de la tension psychologique) et dont les principaux symptômes sont la dépression physique et morale, un sentiment d'incomplétude et la perte du sens du réel, une tendance marquée aux phénomènes anxieux et aux manies ou aux obsessions.

Par ailleurs il nous semble important de rappeler quelques distinctions entre certaines névroses et la psychasthénie qui sert de socle a ces mêmes névroses, une sorte de première phase aux obsessions et aux phobies qui ne sont qu'une aggravation des manifestations psychasthéniques, propulsant vraisemblablement le sujet vers une deuxième phase dans laquelle celui-ci se sent obligé de manière irrésistible et incontrôlable de penser à certaines choses et d'accomplir certains actes .Janet a nommé cette deuxième étape par « les processus obsédants » et « les agitations forcés » ces dernières peuvent être sous formes de trois types mentales (manies- et rémunations) motrices (tics rituels) émotionnelles (phobies-anxiété), enfin les obsessions et compulsions pour Janet ne sont que le troisième stade des manifestations psychasthéniques, mais aujourd'hui la psychasthénie regroupe les stigmates et les

symptômes qu'on décrit dans la névrose obsessionnelle ou de la névrose phobo-obsessionnelle mais il serait plus juste de dire que la névrose obsessionnelle et bien d'autres névroses et troubles tels que les phobies et les dépressions ne sont autres que le pronostics fâcheux de la psychasthénie … pour rappel historique, on doit à Janet la distinction des phobies en trois groupe, phobie d'objet, phobie de situation et phobie de fonction dont s'est inspiré le DSM III.

Malgré leur apparence d'intégrité intellectuelle, les personne présentant des stigmates psychasthéniques souffrent d'insuffisance psychologiques et physiologiques, ils ont le sentiment angoissant d'incomplétude d'abord dans l'action qui se manifeste par la difficulté à entreprendre une tache et l'incapacité à prendre une décision ayant souvent pour conséquence la perception douloureuse d'être imparfait, le plus souvent mécontent de leur sort ils se confinent dans une révolte intérieure ne faisant qu'accroitre le souffrance, une incomplétude qui peut également s'opérer sur le plan intellectuel, ayant pour premier handicap la difficulté de penser et le sentiment que leurs perceptions sont incomplètes, la conceptions des choses n'est pour eux qu'imaginaire ne pouvant évoluer vers l'action, enfin sur le plan émotionnel, un état incompréhensible caractérisé par un besoin d'excitation toujours renouvelé et toujours plus intense leur est nécessaire pour pouvoir atteindre une quelconque émotion un ressentit d'indifférence leur est imposé générant une incapacité non seulement de jouir mais aussi de souffrir .

Pour ainsi dire la perception personnelle en est aussi affectée par ce sentiment d'incomplétude qui se perçoit comme le point central de l'état psychasthénique revêtant un sentiment d'étrangeté et de dédoublement de personnalité [34], il y'a pour ainsi dire une chute du niveau de la conscience de la vitalité organique et de la tenson nerveuse, il est évident que chez ces sujets il existe bien des insuffisances psychologiques spécifiques aux troubles de la volonté qui traduisent la diminution voire même la disparition totale de celle-ci ou le sujet éprouve des difficulté à mettre en œuvre toute action, ce manque de volonté n'est pas des plus banals,un comportement que l'on retrouve le plus souvent chez les gens ordinaires mais bien plus que cela les sujets psychasthéniques sont abouliques, un symptôme très rencontré dans les milieu clinique, se traduisant par une incapacité à exécuter les actes pourtant planifiés, c'est un symptôme inclus dans différentes pathologies psychiatriques ou neuro-psychiatriques. Perçu comme un sujet dont l'activité mentale est faible, le psychasthénique est aboulique, inhibé, dérouté et fatigué. Il ne peut effectuer que des actes bien réglés de transposition ou de répétition. Sa pensée peut se réduire aux ruminations ou au raisonnement sans fin. Il éprouve en permanence un sentiment d'incomplétude lié à la perception douloureuse et gênante d'être imparfait et en décalage avec la situation présente. Le doute et l'effort excessif à fournir pour prendre des décisions diminuent les capacités du sujet à agir, ainsi que sa confiance en soi,.[35] ce qui nous laisse supposé que la nature de certains patterns d'attachement et leur défaillance et plus particulièrement celles empreintes et caractérisées par des conduites d'inhibition, ainsi que la similitude des symptômes de ces derniers avec ceux de la psychasthénie peuvent constituer un point de départ pour la compréhension de l'installation d'une symptomatologie propre à la psychasthénie qui évolue par poussées avec des périodes de stabilisation ou de rémission parfois longues . (Cassidy & Berlin, 1994) apportent, que les enfants dont l'attachement est instable comparativement aux enfants avec un attachement sécurisant, manifestent une grande dépendance sur le plan relationnel, ce qui affecte la qualité de leur exploration et conséquemment le développement de certaines aptitudes cognitives nécessaires à la conscience émotionnelle. En effet, comme leur attention est focalisée sur la mère, ils sont plus inhibés, que les autres dans leur exploration, leurs exploration de leur environnement est restreinte en définitif ils sont moins engagés.

(Bandura, 1997; Barlow, 2002; Heppner, Witty Dixon, 2004; Weems et al., 2001) ont indiqués par leurs études, que L'inhibition de

l'autonomie et de l'exploration pourrait aussi être impliquée, en l'occurrence des symptômes intériorisés, parce que cela engendre des réponses de peur et des perceptions de soi axées sur la faiblesse et l'incompétence, lesquelles jouent un rôle important dans le développement de troubles anxieux et de l'humeur [36]

Partant d'une hypothèse clinique plausible, l'instabilité de certains trouble d'attachement définie initialement, peuvent constituer un modèle de vulnérabilité psychologique fructueux pour la compréhension de l'évolution de la psychasthénie depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence l'observation de ces troubles permettra d'ouvrir une réflexion psychopathologique, qui consolidée et validée par des études standardisés sur le trouble en lui-même permettraient d'attribuer une relation étiopathogénique entre l'origine de l'état psychasthénique et certains modèles d'attachement insécures.

L'intérêt ici et à travers ce constat c'est de ne pas laisser les choses s'installer et s'aggraver mais plutôt de les intercepter au bon moment, en un mot prendre le trouble et son évolution en amont et non pas en aval pour les multiples raisons de complication et d'aggravation pouvant survenir par la suite

6– Discussion et conclusion

L'adolescent psychasthène vit dans son malaise, psychique et physique, mal compris il se débat entre les exigences d'une période ou se rejoue des réactivation des premiers stades infantiles et la nécessité de se maintenir dans un statut d'adulte autonome, en l'absence d'aptitudes relationnelle solides supposées le protéger, il est parfois provocateur, d'autres fois passif ne sachant pas exactement, ou et comment revendiquer son plein droit à l'existence, pour la simple raison qu'il est désarmé face à l'énorme pression générée par le trouble et éventuellement victime de l'incompréhension de son entourage qui vraisemblablement est à l'origine de son malaise, ce processus plutôt dispendieux en énergie pour l'adolescent le rend vulnérable et limite ses stratégies de défense et ses capacités physiques et intellectuelles.

nous avons tenté a travers ce constat d'établir un lien entre les troubles de l'attachement et les symptômes de la psychasthénie, puisque nous avons supposé que certains patterns d'attachement instables pourraient être à l'origine de cette vulnérabilité psychologique, chez l'adolescent psychasthène, il reste tout de même que ce n'est qu'une analyse hypothético-déductive, par laquelle nous avons voulu contribuer à l'enrichissement de la compréhension de la psychopathologie de l'adolescent et à la promotion de sa santé mentale et psychique.

Nous ne cesserons jamais de le répéter, il ne s'agit en aucun cas d'établir un lien causal linéaire mais de présenter ce qui semble plutôt être un facteur de vulnérabilité. A travers la compilation de plusieurs études, démontrant l'évolution symptomatologique de certains troubles psychiatriques en relation avec l'insécurité des troubles d'attachement et que certainement la littérature a démontré à maintes reprises qu'il pourrait exister des liens entre la nature des troubles psychiques de l'adolescent ou de l'adulte et son type d'attachement, nous essaierons de dégagé à travers cette compilation quelle est la catégorie la plus adéquate qui pourrait nous éclairer sur une éventuelle relation entre attachement insécure et psychasthénie ?

Il faut dire aussi que les différentes problématiques psychologiques liées au modèle de l'attachement sont retrouvées dans plusieurs modèles explicatifs comme la théorie psychanalytique, la théorie cognitive et dans les études portant sur les événements de vie. Le modèle de l'attachement peut aussi être considéré plus généralement comme un modèle de personnalité rendant les sujets plus ou moins vulnérables à la pathologie psychique. En effet, à l'instar de la personnalité, l'attachement renvoie à des modalités durables concernant la cognition (la perception et l'image de soi et d'autrui sont issues des modèles internes opérants), l'affectivité (manière spécifique de réguler les émotions et de traiter les expériences

affectives) et les relations interpersonnelles (l'appréhension et l'établissement des relations interpersonnelles à l'âge adulte sont en fonction des relations affectives dans l'enfance auprès des figures parentales.[37]

Ainsi, la théorie de l'attachement suggère que les relations et leurs difficultés peuvent influencer la survenue de troubles psychiatriques de trois façons Les ruptures ou les pertes peuvent être en elles-mêmes une cause de trouble. L'internalisation de ***patterns*** d'attachement précoces pathologiques peut influencer les relations ultérieures de façon à rendre une personne plus exposée et plus vulnérable.

Pour éclairer les liens entre attachement et psychopathologie, Bowlby a comparé le système comportemental d'attachement au système immunitaire. La comparaison se justifie, non seulement parce que ces deux systèmes jouent un rôle dans l'intégrité et la sécurité du sujet. [38]

Pour sa part la théorie de Janet sur la psychasthénie, nous permet de comprendre la clinique des névroses et leurs évolutions, sa conception sur la notion de la tension psychologique a bien évidemment ouvert des pistes sur l'étiologie de ces névroses et plus précisément sur celle de l'obsession compulsive

La baisse de cette tension psychologique expliquerait parfaitement cette affaiblissement psychique que Janet attribue à une prédisposition constitutionnelle, et qui d'après lui**,** les symptômes et les comportements s'opèrent plus précisément dans l'enfance, lors du développement psychique et physique de celui-ci il 'agit d'un déficit plus ou moins net d'une fonction énergétique maintenant les différents niveaux d'activité mentale dans une sorte de hiérarchie qui aboutit aux aspects les plus élevés du fonctionnement neuropsychique, La « fonction du réel », avec pour corollaire la volonté, la capacité de décision, d'action précise et synthétique sur le monde extérieur, semble affaiblie chez le psychasthénique en quelque sorte « une maladie de la volonté ». [39]

Il semblerait donc que l'apparition de ces symptômes est relativement précoce, évolueraient par poussés dés l'enfance, favorisés certainement par divers facteurs parmi le quels nous avons estimé que certains trouble de l'attachement instables n'étaient pas à exclure, cependant cette symptomatologie est également propre à l'adolescent même si celle-ci est passée sous silence depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence mais elle refait surface inopinément à l'occasion de situations conflictuelles ou à l'occasion d'une remise de crise identitaire, d'où la nécessité d'une prise en charge précoce de ces manifestations psychasthéniques, pour cette raison et bien d'autres selon toute vraisemblance que Janet a eu le génie d'introduire dans le traitement des psychonévroses de l'adolescent une thérapeutique classique qui reposait sur une patiente invigoration, il s'agissait de remédier au troubles énergétiques, à l'hypotonie, ou à l'asthénie de ces sujets en rééquilibrant leur moyens, en provoquant d'une part « des économies psychologiques » pour éviter les déperditions et les diffusions, et d'autre part des activités attentionnelles de difficulté croissante. C'était en somme une tentative de restaurer dynamiquement les fonctions insuffisantes du « moi », car la psychasthénie, en plus de réunir un grand ensemble de troubles, qui semblent souvent être liés les uns à la crise juvénile, les autres à des aspects névrotiques précoces (phobies ou obsessions),les autres enfin, parfois à une préschizophrénie c'est aussi une évolution psychopathologique très probable,»[40] En somme il propose comme levier thérapeutique central la réinstallation de la fonction du réel par le relèvement de la tension psychologique et la rééducation de l'émotion et de l'attention, les techniques proposées représentent une sorte de rééducation progressive fractionnée et répétée, proche de la thérapie comportementale actuelle.[41] Si la comparaison entre système attachemental et immunitaire se justifie selon Bowlby l'hypothèse d'un relâchement psychologique selon Janet ne peut que consolider et approuvé ce constat, c'est pourquoi il est nécessaire de passer en revue ce que la littérature nous a proposée concernant les différents styles d'attachement instables, pour pouvoir dégager ceux qui nous semble correspondre à notre hypothèse,

Ainsi, le style d'attachement « insécure-détaché » ou « évitant » prédisposerait les adolescents à des troubles, psychiatriques dits ; « externalisés » Ces jeunes ont des stratégies relationnelles visant à minimiser leurs besoins d'attachement ; l'expression des affects est minimale ; le discours est verrouillé, rationalisé. Ils ont très peu accès à leur souffrance psychologique,. Les pathologies pouvant être rencontrées seront plutôt dans le registre des personnalités antisociales, des troubles des conduites alimentaires, des abus de substances, des formes hostiles de dépression et de certains troubles anxieux (ex : symptômes phobiques).[42]

Le style d'attachement « insécure-préoccupé » caractérise des adolescents accaparés psychiquement par leur anxiété, avec un sentiment d'insécurité dans la relation avec leurs figures d'attachement. Ils seraient plus à risque de présenter des troubles dits « internalisés » : pathologies plutôt du registre hystérique, narcissique et anxio-dépressif. Mais les études disponibles actuellement ne vont évidemment pas dans le sens d'un modèle aussi simpliste. L'intérêt que présente la théorie de l'attachement est principalement d'offrir un modèle d'intégration des expériences infantiles précoces dans le développement ultérieur et particulièrement dans l'apparition de la psychopathologie.

D'autres données nous enseignent que les enfants du profil « inhibé » se caractérisent par leur retrait de la relation., à l'allure triste et plutôt amorphes, ils rejettent ce qui vient de l'extérieur. Ils donnent l'impression d'avoir renoncé à la relation et de ce fait, ils peuvent présenter une apparence d'autosuffisance plus importante que les autres types. Le tableau clinique de retrait et de passivité apparaît très tôt et leur vulnérabilité psychique est souvent camouflée par une allure « parentifiée »

Comme la majorité des enfants en troubles sévères d'attachement, les enfants « retirés » démontrent des retards dans une ou plusieurs sphères de leur développement. L'histoire de certains enfants dévoile même, de façon particulière, des retards ou un arrêt de croissance au cours de leur petite enfance. [43]

En définitif si on prend en compte cette catégorie, d'un point de vue étiologique c'est-à-dire les troubles d'attachement avec «inhibition et retrait » celle-ci nous parait la mieux corrélée avec notre hypothèse de départ puisque les mêmes symptômes se retrouvent dans la psychasthénie, évitement, inhibition, ambivalence et bien d'autres symptômes qui se retrouvent dans les patterns d'attachement instables, ce qui nous laisse supposer que probablement l'adolescent psychasthène a pu trainer depuis l'enfance ce type d'attachement instable et a emprunté une trajectoire bien spécifique aux troubles névrotiques et que faute de fonctionnement défensif adéquat, celui- ci s'est élaboré et s'est consolidé dans une structure névrotique, qui par la suite s'est développée et s'est manifestée par des traits d'une personnalité psychasthénique caractérisant l'adolescent par une vulnérabilité psychologique difficilement surmontable et essentiellement prédisposante à d'autres troubles névrotiques plus compliqués tels que les phobies, les obsessions et enfin les dépressions.

Néanmoins si la vulnérabilité psychologique est la conséquence d'un déséquilibre affectif et attachemental,qui a été réellement prouvé à travers un grand nombre d'études peu d'entre elles ont mis en relation d'une manière spécifique l'instabilité de certains patterns d'attachement avec la psychasthénie., ce qui permettrait une évaluation diagnostique plausible et une prise en charge appropriée et qui pourrait nous renseigner sur un éventuel pronostic claire à l'avenir**,** puisque c'est ce qu' affirme Janet,

N'étant pas une pathologie en soit mais semble être un précurseur révélateur dans l'apparition d'un bon nombre de troubles psychologiques, et psychiariques de l'enfance à l'adolescence, l'insécurité du système d'attachement pourrait être un indice potentiel pouvant nous renseigné sur le développement et la nature de ces troubles, tels que la psychasthénie, et bien évidemment contribuer à intercepter et prendre en charge ces troubles au moment opportun.

Références

1. Reynaud,M(2011). Le modèle de l'attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisées souffrant de dépression Université de Bourgogne, France, p118,

2. Gagnon,A Les styles d'attachement, le contexte familial et les troubles de comportements sérieux chez les adolescents et adolescentes pris en charge par le centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean, mémoire, Québéc, Chicoutimi p19.

3. Guedeney,N (2010). L'attachement un lien vital, Edition Fabert, p 5.

4. St-Antoine,M et Rainville,S Les troubles d'attachement en regard de certains profils cliniques et leur pronostic, Montréal,Canada,p1 .

5. Vanda,C (2012). Etude longitudinale du rôle de l'attachement à l'enfance dans le développement de symptômes intériorisés et de déficit de la conscience émotionnelle à l'âge adulte, p7.

6 Foucaut,P Traitement des troubles et des pathologies de l'attachement selon la théorie de l'attachement, compte rendu de formation, P1.

7. Quellet,M(2011).théorie de l'attachement : repères pour l'intervention auprès des familles d'accueil ou adoptantes, mémoire présentée comme exigence partielle de la maitrise en travail social, université Québec,Canada, p11.

8.St-Antoine,M et Rainville,S Les troubles d'attachement en regard de certains profils cliniques et leur pronostic, Montréal,Canada,p1 .

9 Reynaud,M(2011). Le modèle de l'attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisées souffrant de dépression Université de Bourgogne, France, p118

10. Quellet,M(2011).théorie de l'attachement : repères pour l'intervention auprès des familles d'accueil ou adoptantes, mémoire présentée comme exigence partielle de la maitrise en travail social, université Québec,Canada, p.26.

11. Vanda,C (2012). Etude longitudinale du rôle de l'attachement à l'enfance dans le développement de symptômes intériorisés et de déficit de la conscience émotionnelle à l'âge adulte, p,55.

12. Savard, N (2010), La théorie de l'attachement, une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance, ONED

13. Guedeney,N (2010). L'attachement un lien vital, Edition Fabert, p, 8.

14. Guérin,J et Lamarche,J Favoriser la relation d'attachement chez les enfants et les adolescents .p23.

15.. Gagnon,A Les styles d'attachement, le contexte familial et les troubles de comportements sérieux chez les adolescents et adolescentes pris en charge par le centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean, mémoire, Québéc, Chicoutimi. P20.

16.Ibid , P27

17. Ibid, p41.

18. Guedeney,N (2010). L'attachement un lien vital, Edition Fabert, p 13.

19. Vanda,C (2012). Etude longitudinale du rôle de l'attachement à l'enfance dans le développement de symptômes intériorisés et de déficit de la conscience émotionnelle à l'âge adulte, p7.

20.. Hallet,F et Beaufort,M (Mars 2003). L'enfant souffrant de troubles de l'attachement, Pétales asbl, Belgique,.p5

21..Ordre des psychologues du Québec(2005),.mémoire sur le projet de loi 125, p3

22. Quellet,M(2011).théorie de l'attachement : repères pour l'intervention auprès des familles d'accueil ou adoptantes, mémoire présentée comme exigence partielle de la maitrise en travail social, université Québec,Canada, p.26.

23. Goffinet,S (2003). Effondrement – Suicide adolescent, Le Bulletin Freudienne n°41-42, p 3,4.

24.Gagnon,A Les styles d'attachement, le contexte familial et les troubles de comportements sérieux chez les adolescents et adolescentes pris en charge par le centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean, mémoire, Québéc, Chicoutimi. p40.

25. Thomas,P 16.10. Personnalité obsessionnelle compulsive, Chapitre 16. Troubles de la personnalité, p 431,Edib

26.. Cottraux,J(1998).Les ennemis intérieurs, obsessions et compulsions, Edition,Odile Jacob,p23 .

27. Romano,M-C, Bravard,C(2006). La souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent, Paris, France, p35,Edib

28. Janov.A(1996), Le corps se souvient, Edition du Rocher, pour la traduction française (1997), P 14.

29.Hazotte,E(2007)la transmission intergénérationnelle des angoisses et des troubles du sommeil associés chez l'enfant en période de latence, Université Nancy II, P 28.

30.Ibid , p75.

31. Demogeot,N (2009).Echec scolaire et problématique d'attachement, thèse de Doctorat, approche clinique comparative, Université Nancy2, France . p74 .

32. Ibid, p83.

33. Gallien,E(2006). le lien d'attachement et son évolution : concepts et incidences psychopathologiques, Université D'Angers, p, 83.

34. Janet,P. Les obsessions et la psychasthénie Tome I. Analyse des symptômes p 9,10

35.Pionnié,N . Atger,F . Attachement et psychopathologie,France. p129,130

36.Les différents type de personnalité In ,https://www.ifsi.paca.free.fr/document/view/.../fiches-dsm-iv-personnalités-pathologiques,p 8.

37.Ibid,p9.

38. Male.P (1980), psychothérapies de l'adolescent, bibliothèque Payot, p122.

39. Cottraux,J(1998).Les ennemis intérieurs, obsessions et compulsions, Edition,Odile Jacob,p,26.

40. Moss,E et al (2007). Les rôles de l'attachement et des processus individuels et familiaux dans la prédiction de la performance scolaire au secondaire, Rapport final de recherche, Québec.

41. Boukerrou, A (2009-2010), Emergence du fonctionnement de résilience chez l'enfant abandonné, mémoire université de Constantine.

42. Paquette,F (2004). A chaque enfant son projet de vie permanent, Programme d'intervention, Institut universitaire, Montréal

43. Combaluzier,S Introduction à la psychopathologie de l'adulte, Université de Rouen, France.

.