



Université Abderrahmane mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie Clinique

Thème

Le lien d'attachement chez les personnes ayant une mère atteinte d'un trouble mentale

**Etude clinique de treize (13) cas réalisée au sein de
(CHU) de Bejaia au service psychiatrique.**

Réalisé par :

AYADI Yasmina

AIT SI ALI Katia

Encadré par :

MEKHZEM K.

Année universitaire 2017/2018

Remerciements

Avant tout, on remercie le bon dieu de nous avoir donné la force, le courage et la volonté pour accomplir ce travail.

Nos remerciement vont en particulièrement à notre encadreur « madame mekhzem » pour sa disponibilité, son écoute et qui nous a fait profiter de ses larges compétence et ses conseils.

Un merci particulier à nous chères familles pur leurs soutiens, et leurs patiences durant toutes nos années d'études.

On remercie également tout le personnel du service psychiatrique, infirmiers, psychologues, psychiatres pour leur aide, et soutien.

Nos remerciements aux cas qui ont accepté de participer à ce modeste travail, ainsi que leurs familles.

Et enfin, nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères aux membres de

jury de ce mémoire ainsi à tout personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce modeste travail.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

*A mes parents .Aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de l'amour
Dont ils ne cessent de me combler. Que dieu leur procure bonne santé et
longue vie.*

*A l'homme de ma vie, mon exemple éternel, mon soutien moral et source de
joie et de bonheur, celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir, mon
cher et futur mari Brahim que je remercie infiniment.*

*A ma figure d'attachement, ma sœur bien aimée Nora que je considère
comme ma deuxième maman*

*A mes frères et sœurs ; Karim, Nadia, Sabah, Habila et Dalila
que dieu l'accueille dans son vaste paradis*

*A mes nièces et neveux Tinhinane, Mohand, Sissa, Mamou,
Aissa, Hamza, Anaïs, Lyna, Pélina, Samy, Phaima*

*A mon binôme « katkouta » pour les meilleurs moments passés ensemble, je
te souhaite bonne réussite dans ta vie.*

*Aux personnes dont j'ai bien aimé la présence dans ce jour, tous ceux qui
m'ont aidé à réaliser ce modeste travail ;*

Fasmina. A

Dédicaces

Avec un énorme plaisir, joie et un cœur ouvert que je dédie ce travail :

A mon cher PAPA et ma chère MAMAN, avec tous mes sentiments de respect, d'amour et de gratitude pour tous les sacrifices déployés pour m'élever dignement et assurer mon éducation dans les meilleures conditions, et leurs soutien durant toute ma vie « que dieu vous garde ».

A ma chère sœur : Souad qui ma toujours encouragé et soutenu tout au long de mon parcours universitaire.

A mon cher frère : Loucif : Je te souhaite toute un avenir plein de bonheur et de réussite dans ta vie.

Un Grand merci à mon cousin Farid, mes chères tantes : Ourida, Djamilia, Casaadite, Counssia, Nora qui m'ont vraiment aidé et encouragé.

A toute mes amies : Lynda, Sherifa, Lyes, Hichem Siham, Hanane, narimen, Ainsi ma binôme Fasmia Ayadi pour la belle énergie que tu as partagé avec moi chaque jour pour la réalisation de ce travail. Pour les moments agréables, formidable, qu'on a passés ensemble, pour notre belle amitié.

A toute personne qui m'ont accompagné durant mon chemin d'études supérieures.

Natia. A

Sommaire

Liste des abréviations

Introduction.....01

Cadre théorique

Chapitre I: cadre général de la recherche

- 1. La problématique.....04
- 2. Les hypothèses.....07
- 3. Le choix du thème de recherche07
- 4. Les objectifs de l'étude de recherche.....07
- 5. Opérationnalisations des concepts08

Chapitre II : les maladies mentales

Préambule.....

- 1. historique et évolution des maladies.....10
 - 1.1 Au début du moyen âge.....10
 - 1.2 Le début du 16ème siècle.....11
 - 1.3 Entre les années 1950 et 1960.....11
- 2. définition des concepts.....12
 - 2.1 Trouble mentale.....12

2.2 Pathologie.....	
2.3 Symptôme.....	
2.4 Diagnostique	
3. les différentes classifications des maladies mentales	13
3.1 Le manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM).....	14
3.2 La classification française des maladies (CIM).....	15
4. les maladies mentales les plus fréquentes en psychiatrie.....	19
5. l'impact de la maladie mentale sur l'harmonie familiale	21
Synthèse.....	

Chapitre III: l'attachement

Préambule

1. Aperçu historique.....	
1.1 Les pionniers de la théorie de l'attachement	
2. Définition des concepts de base de l'attachement	
2.1 L'attachement.....	25
2.2 La figure d'attachement.....	25
2.3 Les émotions.....	26
2.4 Le caregiving.....	26

3. la constitution de l'attachement

3.1 La première phase.....	27
3.2 La seconde phase.....	27
3.3 La troisième phase.....	28

4. les schèmes de l'attachement

4.1 Chez l'enfant

4.1.1 Attachement Sécure.....	29
4.1.2 Attachement Insécure évitant.....	29
4.1.3 Attachement Insécure ambivalent.....	30
4.1.4 Attachement désorganisé.....	30

4.2 Chez l'adulte

4.2.1 Le style Sécure.....	31
4.2.2 Le style préoccupé.....	31
4.2.3 Le style détaché.....	32
4.2.4 Le style craintif évitant.....	

5. Les systèmes d'attachement

5.1 Le système motivationnel.....	33
5.2 Le système exploratoire.....	33
5.3 Le système peur angoisse	33

6. les troubles de l'attachement

6.1 Définition du trouble de l'attachement.....	34.
6.2 La nature du trouble de l'attachement.....	35

Synthèse.....

Chapitre IV: méthodologie de la recherche

Préambule

1. la démarche méthodologique.....	39
1.1 la pré-enquête.....	40
1.2 la méthode clinique.....	41
2. la présentation du lieu de recherche.....	42
3. le groupe d'étude.....	43
4. les outils d'investigation clinique.....	46
5. les procédures de recueil de données.....	49

Synthèse.....

Chapitre V : analyse, discussion, et interprétation des données

1. présentation et analyse des données	52
2. discussion et analyse des données.....	87

Conclusion

Liste bibliographique

Annexes

Liste des abréviations

AAS: Adult attachment Scale.

APA: The American psychiatric association.

CIM: la classification internationale des maladies.

DSM: Diagnostic and statistical manual of mental disorders.

NIMH: Le National institute of mental health.

OMS: Organisation mondiale de la santé

TND: Les troubles neuro_développementaux

TOC : Trouble obsessionnel compulsif.

Introduction

L'attachement est un lien vital, un sentiment d'affection ou vif intérêt vis-à-vis de quelqu'un.

L'attachement est donc une dimension très particulière des liens interpersonnels affectifs durables et importants entre deux personnes. Si les premières relations d'attachement se construisent entre le bébé et ceux qui l'élèvent, nous construisons des relations d'attachement tout au long de notre vie. Dès la naissance, le bébé a à sa disposition un répertoire comportemental qui lui permet d'obtenir cette proximité : il pleure et crie. Il exprime ainsi son malaise, sa détresse ou son inconfort.

Ces comportements sont des signaux dont il dispose immédiatement pour attirer l'attention de ceux qui s'occupent de lui.

Il est actuellement reconnu que les enfants de parents présentant des troubles psychiatriques font partie d'une population à risque psychiatrique (Cooper & Murray, p 316, 1998).

Pour Bowlby (1988), les séparations quotidiennes répétées d'avec la mère ; qui est en général la première figure d'attachement pour l'enfant, ne sont pas souhaitables pour lui. A moins qu'il ne soit confié à une personne stable et affectueuse qui pourra répondre à ses besoins et qui pourra remplacer sa mère.

La maladie mentale d'un parent peut être donc, la cause de cette séparation, ou le parent se trouve hospitalisé a maintes reprises, ou se trouve indisponible, incapable de manifester une attention continue, et répondre aux besoins de son enfant, ce qui peut approuver chez lui, un sentiment d'insécurité et d'abandon.

Ce présent travail se compose de deux parties : partie théorique et partie pratique.

On a abordé une introduction générale, ou on a parlé des deux variables de notre recherche, suivi par la présentation de la problématique et hypothèses de notre recherche, ensuite on a abordé la partie théorique qui se compose de deux (02) chapitres :

Dans le premier chapitre nous parlerons des maladies mentales, leur origine et évolution, définitions, les différentes classifications des maladies, et enfin leur l'impact sur l'harmonie familiale.

Dans le second chapitre nous parlerons de l'histoire de l'attachement et ses pionniers, des définitions, la constitution de l'attachement, les schèmes et les systèmes d'attachement et enfin les troubles de l'attachement.

La deuxième partie, qui est la partie pratique comprend également deux chapitres :

Le premier chapitre est méthodologique, dans lequel on va expliquer la méthode que nous avons adoptée, la présentation du lieu et des outils de la recherche.

Le deuxième chapitre inclut la présentation et l'analyse des cas étudiés, ensuite on passera à la discussion des hypothèses. Et enfin on conclura notre modeste travail par une conclusion générale.

Problématique et hypothèses

Problématique

Un attachement sain dans l'enfance est fondamental pour que la personne devienne un adulte sain sur le plan psychologique.

L'attachement dans l'enfance est le lien émotionnel et comportemental qui s'établit lors des premières étapes de la vie d'un être humain, et qui détermine ses relations futures. Grâce à l'attachement, on peut établir des dynamiques telles que créer du lien et se sociabiliser avec les autres.

Le comportement d'attachement est activé lorsque l'individu se sent, par exemple effrayé, triste, fatigué, ou malade. Il vise à assurer ou maintenir la proximité d'une personne familière (Bowlby, 1969, p 186).

Une relation parent-enfant sécurisante aide l'enfant à faire équilibrer ses émotions lors d'une situation stressante, angoissante où il ressentait de l'anxiété, ou confronté un danger. En plus, les enfants qui ont un attachement sécurisé avec leur parent adoptent des comportements sociaux positifs (par ex : coopératif, empathique, enthousiaste), et qui sont les plus efficaces pour favoriser et maintenir la proximité avec eux.

En revanche, l'attachement insécurisé que l'enfant serait généralement hostile, et adopte un comportement antisocial qui va explorer son environnement de façon défensive, renfermé, (Leblanc, 2007, p60)

L'attachement d'un enfant à son parent reflète la confiance qu'il porte envers son parent quant à son habilité à combler ce rôle de protection. Si l'enfant croit que son parent satisfera ses besoins de protection, il sera perçu comme ayant une relation d'attachement sécurisant. Si la confiance manque à l'enfant, sa relation d'attachement est alors décrite comme étant insécurisant. Deux types d'insécurité peuvent être différenciés : le premier, appelé « évitant » est caractérisé par une expression limitée des besoins d'attachement, alors que le deuxième, nommé « ambivalent » ou « résistant », se caractérise par une expression exagérée des besoins d'attachement. (Tarabulsky, Larose, Pederson & Moron, 2003, p61)

A l'enfance, les parents sont habituellement les figures d'attachement principales, mais d'autres personnes, par exemple les grands parents, ou les frères et sœurs, les plus âgés, peuvent également remplir ce rôle, à mesure que l'enfant grandit, d'autres personnes telles que des professeurs, ou des entraîneurs sportifs peuvent aussi devenir des figures d'attachement additionnelles.

L'attachement ne s'arrête pas seulement à l'enfance mais se poursuit tout au long de la vie, c'est une dimension très particulière des liens interpersonnels affectifs durables et importants entre deux personnes. Si les premières relations d'attachement se construisent entre le bébé et ceux qui l'élèvent, nous construisons des relations d'attachement tout au long de notre vie. Comme le disait Bowlby, le fondateur de cette théorie, « l'attachement est actif depuis le berceau jusqu'à la tombe. (Guédeney, 2010, p5).

L'attachement est indispensable dans la vie de l'individu dès les premiers mois de la vie jusqu'à l'âge adulte, et l'absence d'une figure d'attachement principale disponible et sensible à qui s'attacher peut causer des troubles de l'attachement chez la personne, cela peut survenir dans plusieurs contextes tels que les enfants abandonnés, les enfants qui ont eu des ruptures répétées avec plusieurs figures d'attachements, les enfants ayant un parent atteint d'une maladie mentale ou plus spécifiquement la maman; qui est en général la figure principale de l'attachement, les mères sévèrement déprimées peuvent être peu réactives, agitées ou psychotiques pendant certaines périodes ou pendant presque tout le temps où elles sont en contact avec leurs enfants et la qualité de leur comportement dépressif peut entraîner différents types de réponse chez ceux-ci. De même, les femmes qui sont classées comme bipolaires doivent avoir eu un comportement maniaque pendant une période suffisamment longue, mais il est également possible qu'elles aient été gravement déprimées pendant de longues périodes au cours des premiers mois de la vie du bébé (Sophie, Mintz, 2012, P179.197)

Selon les statistiques du ministère de la Santé, de la population et de la Réforme hospitalière, faites en 2007, l'Algérie compte 30.000 malades mentaux. Le professeur Mohamed Tidjiza, chef de service de psychiatrie de l'hôpital Drid Hocine, a indiqué que son service reçoit annuellement plus de 20.000 personnes souffrantes de troubles psychologiques et 2.000 atteintes d'une maladie mentale, dont 1.000 dans un état grave. (Laidli, M., 2007).

Les enfants se trouvent donc face à des situations complexes, et sont menés à grandir avec un fort sentiment de solitude et d'incompréhension devant cette pathologie. Même sans comprendre de quoi il s'agit exactement, un enfant ressent les choses. Il sent la peine de ses parents, il entend et voit leurs colères. Les enfants se questionnent eux aussi, tout comme nous, adultes. Ils ont besoin de comprendre ce qui se passe autour d'eux, selon leurs capacités. Ils ont besoin d'être écoutés et informés. Et les adolescents, même s'ils nous semblent constamment en réaction

contre tout, peuvent vivre de la peine et de la peur face à la maladie d'un parent, et ne pas savoir comment l'exprimer.

Quand un adolescent vit avec un parent en souffrance psychique, la complexité de ce processus peut être accentuée. (Caulier & Van Leuven, 2017, p 11)

Face à la maladie mentale d'un parent ou spécifiquement d'une maman, Chaque membre réagit selon son tempérament, ses expériences de vie et son interprétation de l'effet du trouble sur elle.

Dans une même famille, avec la même maman atteinte de maladie mentale, les enfants peuvent avoir différentes interprétations vis-à-vis de cette expérience, et peuvent ainsi voir cette maladie de différentes visions.

La fratrie est sans aucun doute une source d'attachement affectif entre enfants, mais également un cadre d'apprentissage de liens sociaux et aussi un facteur de sécurité, notamment en cas de défaillance des parents, dans ce cas les styles d'attachement peuvent aussi être différents chez les enfants d'une même famille dont la maman est atteinte d'une maladie mentale.

Des recherches ont également conduit à s'interroger sur la similitude ou la différence d'attachement entre la mère et ses enfants, telle que perçue par les frères et sœurs. A l'aide de la procédure de la situation étrange ou de questionnaire d'évaluation de la qualité d'attachement parent-enfant adressées à la mère, elles ont analysé la concordance d'attachement mère-enfant, des frères et sœurs, c'est-à-dire vérifié si les deux germains avaient la même sécurité /insécurité d'attachement vis-à-vis de leur mère, Ou bien si on pouvait trouver un frère/ sœur sécurisé, et un autre insécurisé dans une même fratrie, cela a poussé des chercheurs à s'intéresser à l'influence de l'environnement partagé, ou non partagé, des frères et sœurs pour comprendre les similitudes et les différences au sein de la fratrie. Les facteurs environnementaux « non partagés » peuvent expliquer un fonctionnement différent des frères et sœurs, les facteurs « partagés », quant à eux, visent à rendre les frères et sœurs similaires. (Pinel-Jacquemin & Goudron, 2012, pp 149,150).

Ceci a suscité notre intérêt sur la problématique suivante :

- **Quel est le type d'attachement chez les personnes ayant une maman atteinte d'une maladie mentale ?**

- **Est-ce que les enfants de la même fratrie de maman atteinte d'une maladie mentale présentent les mêmes types d'attachement ?**

Hypothèses :

Pour répondre à ses questions, on a formulé les hypothèses suivantes :

- **le type d'attachement chez les personnes ayant une maman atteinte d'une maladie mentale est insécure.**

Les enfants d'une même fratrie de maman atteinte d'une maladie mentale ne présentent pas les mêmes types d'attachement.

Le choix du thème

On a tous rencontré au moins une maman atteinte d'une maladie mentale dans notre vie, soit au sein de la famille, ou pendant nos stages de pratique. Ce qui a suscité notre intérêt est que la famille, et la société, s'occupe des patients malades, sans s'intéresser à leurs enfants, qui ; à leurs tours peuvent souffrir autant que les parents eux même, et que leurs droits et leurs besoins affectifs ne soient pas accompli, chose qui nous a poussé à chercher sur cette population fragile qui est une population à risque psychiatrique.

L'objectif de la recherche

L'objectif général de notre recherche vise à cerner et comprendre l'importance de notre thème intitulé « le lien d'attachement chez les personnes ayant une mère atteinte d'une maladie mentale »

Cette recherche vise à ;

- Comprendre le lien mère-enfant et leur relation affective.
- Vérifier la similitude ou la différence des types d'attachement chez les membres de la même fratrie.

- S'intégrer au terrain
- Infirmer / confirmer les hypothèses de notre problématique

5. L'opérationnalisation des concepts

L'attachement

1. L'attachement est un lien affectif durable qui se construit entre l'enfant avec ce qui prend soin de lui, de façon cohérente et continue et qui est importante dans la structure de la personnalité de l'enfant et a une influence décisive sur son futur équilibre .
2. Une dimension très particulière des liens interpersonnels affectifs qui conduisent toute au long de la vie. (par ex : à avoir besoin d'être écouté, entendu, compris et soutenu), par une ou plusieurs personnes considérées comme proches.

La maladie mentale

1. Est une affection qui perturbe la pensée, les sentiments ou le comportement d'une personne de façon suffisamment forte pour rendre son intégration sociale problématique ou pour lui causer une souffrance.
2. Est un trouble mental qui survient chez un individu, et associé à une détresse, ou un risque significativement élevé.

Chapitre 1
Maladies mentales

Préambule :

La maladie mentale est un trouble plus compliqué et plus mystérieux des pathologies humaines, qui remontent à des nombreux siècles de l'ère préhistorique jusqu'à l'époque actuelle, et qui entraînent des difficultés et des souffrances qui touchent tout individu de sexe et âge.

Dans ce chapitre on présentera l'histoire et l'évolution des maladies mentales et quelques concepts de base, les différentes classifications des maladies telles que le manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM) et la classification française des maladies (CIM) ensuite on présentera les maladies mentales les plus fréquentes, ainsi que l'harmonie familiale et environnementale dans lequel vit le patient présentant un trouble psychiatrique. Et on finira par une synthèse.

1. historique et évolution des maladies :

À travers les époques, les maladies que l'on l'appelle « les maladies mentales » n'ont pas toujours été expliquées de façon aussi rationnelle que de nos jours. Pire encore, les personnes souffrant de maladies mentales, bien longtemps appelées folies, n'ont pas toujours été traitées avec soin, si bien qu'on voit encore aujourd'hui les marques.

Il va de soi que les maladies mentales ont toujours existées. Certes, leurs explications et leurs traitements ont, eux, grandement évolués avec le temps et les progrès qu'a connu, entre autre, le monde de la médecine. De fait, les premiers à s'attarder a ce phénomène furent se qui constituaient ce que l'on appelle **les médecines préhistoriques ou archaïques.**

La première constitue en fait en la « magie primitive ». Ainsi, elle comprend en général la médecine des premiers hommes préhistoriques (environ 3000 ans AV.J.-C.). Ces derniers font donc appel a des forces occultes pour expliquer les différents **comportements** étranges chez certaines personnes. Selon eux, ce serait donc des démons en possession du corps et de l'âme de la personne qui seraient responsables des troubles mentaux. De fait, il n'y avait que les sorciers, devins ou chamans qui pouvaient intervenir dans de tels cas. Ces derniers utilisaient notamment des traitements comme la trépanation.

D'autre part, la médecine archaïque est apparue un peu plus tard et s'est étendue jusqu'au premier millénaire av J.-C. cette médecine enveloppe donc principalement la médecine de l'Égypte ancienne et de la Grèce antique.

Au début du moyen âge, force est de constater que la folie est généralement **acceptée** et **intégrée** dans la **société**. En effet, celle-ci n'est ni condamnée, ni persécutée, ni même refusée. On fait donc œuvre de charité devant cette condition. En effet, l'église considère le fou comme l'énoncent ou le pauvre d'esprit auquel le christ a promis le royaume des cieux. Certains fous travaillent même au divertissement des rois. Ainsi, on comprend que la folie occupe une certaine place dans la société. (Foucault, 1972, pp 21,23).

C'est également à cette même époque que la fameuse chasse aux sorcières s'est déroulée. Durant cette période, ces milliers de personnes (80% de femmes) furent pendues ou brûlées vives car on croyait qu'elles avaient vendu leurs âmes au diable.

Depuis le début du 16ème siècle, on constate que le phénomène de l'urbanisation est de plus en plus important. A cette époque, toutes les raisons sont bonnes pour faire interner quelqu'un. On associe donc les fous aux psychopathes, aux prostituées, aux vagabonds, aux pervers, aux homosexuels, bref pécheurs de toute sorte.

Durant plus de 150 ans les malades mentaux vivaient entre eux, séparés du reste de la société. Comme le système était loin d'être parfait, maintes failles s'y sont glissées. Malgré la prétendue mission des institutions, qui était d'aider les malades mentaux, d'autres groupes sociaux sont inclus dans cette institutionnalisation. De fait, les pauvres, les prostituées, et même les alcooliques se joignent aux malades mentaux dans les institutions. C'est de cette façon que l'on explique l'institutionnalisation des personnes n'étant pas atteinte mentalement.

C'est entre les années 1950 et 1960, qu'au Québec, la désinstitutionnalisation s'amorça, en partie grâce au développement de la psychopharmacologie. Autour de ses années, on tente de délaisser les asiles pour s'engager dans un mouvement plus humain (Baudier & Céleste, 2010).

2 définition des concepts

2.1 Trouble mentale

Selon l'American psychiatric Association ou APA, un trouble mental « est conçu comme un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante. (Chamberland, Leveille, & Trocmé, 2007, p 16).

2.2 Pathologie

Etat de ce qui est morbide .le pathologique le signifie plus que la normalité, à laquelle ne se réduit pas .un individu, une situation exceptionnelle peuvent être parfaitement sains : le génie, les sextuplés, quoi que rarissime, ne sont pas phénomène morbides .Tandis que l'anormal est ce qui dévie considérablement de la moyenne statistique, le pathologique est ce qui provoque la souffrance de l'individu (lésion organique, complexe psychologique (Sillamy. 2003, p194).

2.3 Symptôme

Phénomène perceptible qui révèle un processus caché envisagé en termes de conflits, le symptôme peut être conçu comme réaction de l'organisme à un agent pathogène (Sillamy. 2003, p260).

2.4 Diagnostic :

Le diagnostic psychologique, se réfère à des symptômes, ou des fonctionnements, mentaux-émotionnels, qui n'ont pas de base organique observable ; le diagnostic s'infère par le comportement du patient et comment il se présente. C'est Aboutissement logique d'une série d'investigations destinées à mieux comprendre le comportement d'une personne, le fonctionnement d'un groupe ou la situation d'une entreprise... (Sillamy. 2003, p83).

3 les différentes classifications des maladies mentales

3.1 Le manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM)

Le DSM5 est en février 2018, la dernière et la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'association américaine psychiatrie, et qui est le fruit de 12 année de travail impliquant des centaines d'experts internationaux dans tous les domaines de la santé mentale.

Cet ouvrage de référence propose une classification des troubles mentaux, tous décrits de façon claire, concise et systématique.

En 1999, une conférence de recherche sur le DSM-5 sponsorisé par l'APA et le national institut of mental health (NIMH), se tient dans le but d'établir des propriétés. Six différents groupes de chercheurs se focalisent chacun sur un sujet : nomenclature, neuroscience et génétiques, diagnostics et problèmes développementaux, et de la personnalité, handicap et troubles mentaux qui sont regroupés en 20 chapitre, numérotés de A à V.

Ce qui est nouveau dans le DSM-5 :

Les troubles apparus dans l'enfance sont pris en compte dans une perspective développementale et longitudinale, ce qui aboutit à un chapitre sur les troubles neuro_développementaux (TND) , porte sur des déficits dans la construction des fonctions cérébrales supérieures apparaissant généralement dès l'enfance .elle remplace la catégorie troubles de comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence , et cette section concernent :(les déficits du QI , les troubles de la communication ,l'autisme , les trouble de l'attention , les trouble de l'apprentissage , les troubles moteurs) . Et à la définition d'un « **trouble du spectre de l'autisme** ».

De nombreux chapitres sont nouveaux ou profondément remaniés tels que ceux sur les troubles de l'humeur du DSM-IV scindés en troubles bipolaire on retrouve : (trouble bipolaire de type un, trouble bipolaire de type deux, trouble cyclothymique, dépression bipolaire) .

On retrouve trouble dépressif caractérisé, épisode isolé, trouble dépressif persistant, dépression atypique, dépression saisonnière, dépression résistant au traitement).

Les troubles obsessionnels compulsifs :(l'obsession d'une dysmorphie corporelle, thésaurisation pathologique ou syllogomanie, trichotillomanie, dermatillomanie).Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress on retrouve :(trouble réactionnel de l'attachement, désinhibition du contact social, trouble stress aigu, trouble de l'adaptation).

Les troubles anxieux on retrouve : (crainte excessive d'avoir une maladie, trouble de conversion, trouble factice, fibromyalgie, fatigue chronique) .

Les troubles neurocognitifs qui intègrent des paramètres issus des recherches biologiques récentes:(déficit cognitif non démentiel, trouble neurocognitif majeur, état confusionnel, vieillissement psychique).

D'autres chapitres évoluent significativement pour ce qui est de la définition des troubles qui les composent, sans changer d'intitulé, tels les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites on retrouve :(trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent, pyromanie, kleptomanie).

Les troubles bipolaires : (trouble bipolaire de type I, trouble bipolaire de type II, manie état mixte, trouble bipolaire a cycles rapides, trouble bipolaire résistant au traitement). Et La schizophrénie.

Les troubles dissociatifs: (trouble dissociatif de l'identité, Amnésie dissociative et fugue dissociative, dépersonnalisation /déréalisation).

Les dysfonctions sexuelles :(éjaculation retardée, trouble de l'érection, trouble de l'orgasme chez la femme, diminution de désir sexuel chez la femme).Troubles a symptomatologie somatique on retrouve : crainte excessive d'avoir une maladie, trouble de conversion, trouble factice, fibromyalgie, fatigue chronique).

Des troubles nouveaux apparaissent dans la classification principale, tels que le trouble de la communication sociale (pragmatique), le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, le sevrage du cannabis, les accès hyperphagiques, le sevrage de la caféine, la thésaurisation pathologique, la dermatillomanie, le jeu d'argent pathologique.

Une attention particulière est portée aux dimensions symptomatiques, qui transcendent parfois les frontières des catégories diagnostiques, comme l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien et le modèle alternatif pour les troubles de la personnalité dans la section III du DSM-5.

En outre, l'organisation des chapitres du DSM-5 a été conçue pour être compatible avec la future CIM-11, sachant que le DSM-5 permet d'enregistrer les diagnostics avec les codes actuels de la classification internationale des maladies de l'OMS, (CIM-10).

Cet ouvrage, destiné à tous les professionnels concernés par la santé mentale, reste une référence incontournable en France comme au niveau international (Crocq & Al. 2015, pp 33,833).

3.2 La classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) :

La **CIM** est une classification médicale codifiée classifiant les maladies, et une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances sociales, ou causes externes de blessures ou de maladies.

La **CIM** a été conçue pour « permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions à des époques différentes »

Le but de la CIM est de permettre l'analyse comparative internationale, elle comporte vingt deux chapitres, et chaque chapitre contient un code de référence diagnostique.

Le chapitre V de la CIM codé (**F00_F99**) qui suscite notre intérêt et qui est consacré aux troubles mentaux et du comportement, réunit la schizophrénie, qui est un trouble se caractérisant habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, des hallucinations (etc....) et parmi ses types on retrouve la schizophrénie paranoïde, Schizophrénie hébéphrénique, Schizophrénie catatonique...

Le trouble schizotypique, trouble caractérisé par un comportement excentrique et des anomalies de la pensée et des affects, ressemblant à celles de la schizophrénie, mais ne comportant aucune anomalie schizophrénique manifeste ou caractéristique à un moment quelconque de l'évolution. La symptomatologie peut comporter une froideur affective inappropriée, une anhédonie, un comportement étrange ou excentrique, une tendance au retrait social, des idées de persécution ou des idées bizarres...

Les troubles délirants persistants comprend des troubles divers caractérisés uniquement, ou essentiellement, par la présence d'idées délirantes persistantes et ne pouvant être classés parmi les troubles organiques schizophréniques ou affectifs. Parmi ces troubles on retrouve troubles délirants persistants, troubles délirants persistants sans précision...

Troubles psychotiques aigus et transitoires qui est un groupe hétérogène de troubles caractérisés par la survenue aiguë de symptômes psychotiques tels que des idées délirantes, des hallucinations, des perturbations des perceptions et par une désorganisation massive du comportement normal. Le trouble peut être associé à

un facteur aigu de stress, c'est-à-dire habituellement à des événements stressants survenus une ou deux semaines avant le début du trouble. Ce groupe contient le trouble psychotique aigu polymorphe sans symptômes schizophréniques, trouble psychotique aigu avec symptôme schizophrénique, trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique....

Trouble délirant induit trouble délirant partagé par au moins deux personnes liées très étroitement entre elles sur le plan émotionnel. Un seul des partenaires présente un trouble psychotique authentique ; les idées délirantes sont induites chez l'autre (les autres) et disparaissent habituellement en cas de séparation des partenaires tel que la folie à deux, trouble paranoïaque induit, trouble psychotique induit.

Troubles schizo affectifs troubles épisodiques dans lesquels des symptômes affectifs et des symptômes schizophréniques sont conjointement au premier plan de la symptomatologie, mais ne justifient pas un diagnostic ni de schizophrénie, ni d'épisode dépressif ou maniaque. Parmi ces types on retrouve : *Trouble schizo-affectif, type maniaque* (Trouble dans lequel des symptômes schizophréniques et des symptômes maniaques sont conjointement au premier plan de la symptomatologie au cours d'un même épisode de la maladie), *Trouble schizo-affectif, type dépressif* (Trouble dans lequel des symptômes schizophréniques et des symptômes dépressifs sont conjointement au premier plan de la symptomatologie), *Trouble schizo-affectif, type mixte* (Psychose schizophrénique et affective mixte Schizophrénie cyclique)..

Troubles de l'humeur [affectifs] ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée) ou d'une élation, tel que **l'épisode maniaque** qui est un état caractérisé par une modification de l'humeur, et la survenue de certains symptômes. Parmi ces types on trouve (l'hypomanie, manie sans symptôme psychotique, manie avec symptômes psychotiques...).

Trouble affectif bipolaire trouble caractérisé par deux ou plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (**hypomanie ou manie**), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (**dépression**) on retrouve donc parmi ces types : (Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque, Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque

sans symptômes psychotiques, Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques....)

Épisodes dépressifs Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression : léger, moyen ou sévère, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, elle comprend : (Épisode dépressif léger, Épisode dépressif moyen, Épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, Épisode dépressif, sans précision...)

Trouble dépressif récurrent Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur. Parmi ces formes nous avons:(Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger , Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique.....)

Troubles de l'humeur [affectifs] persistants Troubles de l'humeur persistants et habituellement fluctuants, dans lesquels la plupart des épisodes individuels ne sont pas suffisamment sévères pour justifier un diagnostic d'épisode hypomaniaque ou d'épisode dépressif léger. Toutefois, étant donné qu'ils persistent pendant des années et parfois pendant la plus grande partie de la vie adulte du sujet, ils entraînent une souffrance et une incapacité considérables. Comme : (Cyclothymie, Dysthymie, autres troubles de l'humeur persistants, trouble de l'humeur persistant, sans précision...)

Troubles anxieux phobiques groupe de troubles dans lesquels une anxiété est déclenchée, exclusivement ou essentiellement, par certaines situations bien précises sans dangerosité actuelle parmi ces types on trouve (Agoraphobie, Phobies sociales, Phobies spécifiques (isolées), Autres troubles anxieux phobiques, Trouble anxieux phobique, sans précision....)

Autres troubles anxieux troubles caractérisés essentiellement par la présence de manifestations anxieuses qui ne sont pas déclenchées exclusivement par l'exposition à une situation déterminée. (Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique], Anxiété généralisée, Trouble anxieux et dépressif mixte)

Trouble obsessionnel-compulsif Trouble caractérisé essentiellement par des idées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents. Les pensées obsédantes sont des idées, des représentations ou des impulsions faisant intrusion dans la conscience du sujet de façon répétitive et stéréotypée, elle comprend névrose anankastique , névrose obsessionnelle-compulsive, on retrouve parmi ses types (Trouble obsessionnel-compulsif, avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan, trouble obsessionnel-compulsif, avec comportements compulsifs [rites obsessionnels] au premier plan, Trouble obsessionnel-compulsif, forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs ,Autres troubles obsessionnels-compulsifs , Trouble obsessionnel-compulsif, sans précision...)

Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation Cette catégorie est différente des autres dans la mesure où sa définition ne repose pas exclusivement sur les symptômes et l'évolution, mais également sur l'un ou l'autre des deux facteurs étiologiques suivants : un évènement particulièrement stressant entraînant une réaction aiguë à un facteur de stress, ou un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, comportant des conséquences désagréables et durables et aboutissant à un trouble de l'adaptation .tel que (Réaction aiguë à un facteur de stress, État de stress post-traumatique, Troubles de l'adaptation...)

Trouble dissociatif Les divers troubles dissociatifs (ou de conversion) ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. Dans le passé, ces troubles ont été classés comme divers types d'« hystérie de conversion » parmi ces types (Amnésie dissociative, Fugue dissociative, Stupeur dissociative...)

Troubles somatoformes La caractéristique essentielle est l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. On retrouve donc (Somatisation, Trouble somatoforme indifférencié, Trouble hypocondriaque, Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme...).

Autres troubles névrotiques il existe des troubles névrotiques tels que : la Neurasthénie, Syndrome de dépersonnalisation-déréalisation, Autres troubles

névrotiques précisés, Trouble névrotique, sans précision (CIM 10, chapitre 5, pp 327, 416).

4 les maladies mentales les plus fréquentes en psychiatrie

Les cinq maladies mentales les plus fréquentes en psychiatrie sont les suivantes : schizophrénie, trouble bipolaire ou psychose maniaco-dépressive, dépression sévère et persistante, troubles de personnalité limite ou borderline et trouble obsessionnel-compulsif ou TOC.

1. schizophrénie

La schizophrénie qui s'agit d'une maladie qui survient habituellement à l'adolescence et qui s'installe progressivement sur plusieurs années. Cette maladie mentale touche 1% de la population. La schizophrénie est un trouble cérébral qui affecte la capacité d'une personne à distinguer la réalité et sa propre perception des événements. La pensée et les comportements sont affectés tout comme l'aspect émotionnel et l'humeur.

Dans les cas les plus graves, la personne atteinte peut avoir des hallucinations et des délires. Sinon, la personne peut ressentir de la panique, de l'anxiété et de la peur.

Apparaissent alternativement des symptômes négatifs, manque de motivation, désintérêt, rupture avec les relations sociales, problèmes de concentration et de mémoire, et des symptômes positifs ; délires, troubles de la pensée, fausses interprétations des événements, agitation...

Le traitement de la schizophrénie repose sur une approche thérapeutique globale, comprenant des antipsychotiques et une réadaptation favorisant la reprise d'activités.

2 Les troubles bipolaires ou psychose maniaco-dépressive

Cette maladie est généralement diagnostiquée à l'âge adulte, vers 30 ans. Elle touche 2 % de la population. Le trouble bipolaire se caractérise par une alternance de périodes extrêmes d'excitation (manie) et de dépression, entrecoupées de phases normales, sans symptômes apparents. Ces périodes peuvent durer des jours, des mois ou des années.

La Période maniaque se caractérise par une grande sociabilité, un bavard avec un débit très rapide, la personne est active, irritabilité extrême, sautes d'humeur rapides, accélération de la pensée, gestes dangereux, réactions excessives, démesurées,

La Période dépressive se caractérise par une tristesse, sentiment d'inutilité, désespoir, culpabilité, perte d'intérêt, pensées suicidaires, Perdre le contact avec la réalité et entendre des voix (dans 15 % des cas) sont des troubles que l'on peut observer à la fois en période de manie et de dépression.

3 La dépression

La dépression sévère et persistante ne disparaît pas d'elle-même. Cette maladie affecte la mémoire, la pensée, le jugement et l'état d'esprit. Ainsi, la dépression sévère a un impact sur la façon de se sentir, de penser, de manger, de dormir et d'agir.

Un désintérêt pour les activités habituelles, une modification de l'appétit et du poids, des problèmes de sommeil, une baisse de libido, la larme facile, une perte d'estime de soi, un manque de concentration, une lenteur d'esprit, de l'anxiété, des idées suicidaires et parfois des hallucinations.

Les personnes qui en sont atteintes doivent être traitées pour éviter que les symptômes ne s'aggravent.

4 le trouble de la personnalité limite ou borderline

Ce trouble, qui affecterait 2% de la population, apparaît au début de l'âge adulte et touche davantage de femmes que d'homme. Le trouble de personnalité limite est une maladie mentale qui génère un mode général d'instabilité de l'image de soi, des relations interpersonnelles et de l'humeur. La personne borderline a des comportements inadaptés et enracinés. Sa personnalité est anormale, dans l'équilibre de son jugement, de ses émotions et de ses comportements. Ses relations avec les autres sont souvent très instables avec des répercussions importantes sur les membres de l'entourage puisqu'ils sont amenés à vivre une variété d'émotions souvent intenses : découragement, impuissance, colère, angoisse, peur, etc.

5 Les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC)

Enfants, ados ou adultes, les troubles obsessionnels-compulsifs touchent jusqu'à 3% de la population. Entre perfectionnisme exagéré et rituels angoissants, les TOC sont des troubles anxieux caractérisés par des pensées (obsessions) et des comportements (compulsions) inappropriés.

Ce trouble de la pensée et du comportement est dû à un dérèglement du cerveau. Il débute par des anxiétés et des incertitudes qui, contre toute volonté, se transforment en obsessions, des pensées et des images répétitives.

Les obsessions typiques sont, la peur des microbes, la peur de se blesser, le doute, des pensées récurrentes d'ordre sexuel ou religieux, la peur de commettre des actes scandaleux, quant aux compulsions typiques, ce sont ; la propreté excessive, le classement, le dénombrement, la répétition sans cesse d'un mot, le besoin de toucher, de vérifier plusieurs fois, de collectionner,

Il est important de savoir reconnaître ces maladies psychiques importantes chez un proche pour pouvoir lui faire bénéficier d'une prise en charge adaptée rapidement.

Il existe bien sûr d'autres troubles psychiques, notamment anxieux (troubles paniques, phobies, anxiété généralisée, etc.)

5 L'impact de la maladie mentale sur l'harmonie familiale

Les troubles mentaux et du comportement perturbent profondément la vie des personnes touchées et de leur famille. Certes, le malheur et la souffrance ne se mesurent pas, mais on peut par exemple se faire une idée de l'impact de ces troubles grâce aux instruments servant à apprécier la qualité de la vie (Lehman & al. 1998, p 29).

Il est naturel que l'annonce d'un trouble de santé mentale chez un proche ait des effets sur l'ensemble de la famille. D'ailleurs, chaque membre réagit selon son tempérament, ses expériences de vie et son interprétation de l'effet du trouble sur ceux qu'il aime.

Il se peut parfois que la personne ayant un proche souffrant d'une maladie mentale n'arrive pas à faire face à cette situation, surtout si cette personne dont on parle s'agit de l'un de nos parents.

Voire son parent souffrir, vivre ses moments d'agitation, et de rechutes, est un véritable trauma, les membres de la famille perdent leurs repères et tentent de s'adapter à des circonstances complètement nouvelles et déstabilisantes.

Les préjudices des troubles mentaux en général sur la qualité de vie des personnes qui en sont touchées sont considérables et durables, de plus, la non-satisfaction des besoins sociaux et fonctionnels de base est le premier facteur prédictif d'une mauvaise qualité de vie chez les personnes atteintes de troubles sévères.

Enfin, les multiples effets et symptômes de la maladie mentale d'un proche peuvent avoir des conséquences importantes sur la famille, en raison de l'anxiété, de l'incertitude et des stress économiques qui résultent parfois de l'état de la personne.

Les familles sont bien au fait de l'opinion commune qui les désigne comme en partie responsable de la maladie mentale. Comme le patient lui-même, elles se sentent stigmatisées et tentent de dissimuler la maladie à leurs proches et à leur relation, ce qui accroît leur isolement. (Minuchin & Elizur, 1989, p 105).

Synthèse

A partir de ce qui précède, on peut dire que la personne touchée par la maladie mentale a des effets sur la perturbation d'état psychique de son enfant, ainsi que sur sa relation d'attachement.

Il est donc souhaitable de s'intéresser aux émotions vécues par les enfants afin de les aider à faire face à la maladie de leur parent, sans que leur lien d'attachement et leur relation soit touchée, et afin d'éviter qu'eux-mêmes ne développent des problèmes.

Chapitre 2
L'attachement

Préambule

La théorie de l'attachement se focalise sur le lien mère enfant, et met l'accent sur les comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité et de la, disponibilité d'une personne spécifique que l'on nomme « la figure d'attachement » ou « le caregiver ».

Le présent chapitre se centre sur la théorie de l'attachement, et les différents fondateurs de cette dernière.

L'attachement est un lien vital, un sentiment d'affection ou vif intérêt vis-à-vis de quelqu'un.

Au début du XXe siècle, les travaux des psychanalystes Spitz, Bion, Anna Freud et Winnicott attiraient l'attention sur les troubles psychologiques liés aux carences affectives dans la construction de l'identité. John Bowlby, (1969) auteur de la théorie de l'attachement, considère la tendance à établir des liens affectifs étroits comme un élément essentiel à la survie de l'être humain.

L'attachement est donc une dimension très particulière des liens interpersonnels affectifs durables et importants entre deux personnes. Si les premières relations d'attachement se construisent entre le bébé et ceux qui l'élèvent, nous construisons des relations d'attachement tout au long de notre vie. Dès la naissance, le bébé a à sa disposition un répertoire comportemental qui lui permet d'obtenir cette proximité : il pleure et crie. Il exprime ainsi son malaise, sa détresse ou son inconfort.

Ces comportements sont des signaux dont il dispose immédiatement pour attirer l'attention de ceux qui s'occupent de lui.

Il est actuellement reconnu que les enfants de parents présentant des troubles psychiatriques font partie d'une population à risque psychiatrique (Cooper & Murray, 1998)

2. Définition des concepts

2.1. L'attachement

Selon Ainsworth l'attachement « est le lien relativement durable qui apporte de l'importance au partenaire en raison de son caractère unique et irremplaçable ». (Ainsworth. 1989, p 711).

En (1969) il décrit l'attachement comme étant « le produit des comportements qui ont objet la recherche et le maintien de la proximité qu'une personne spécifique .c'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui .En ce sens, il s'éloigne de Freud pour lequel les seuls besoins primaires ceux du corps l'attachement de l'enfant n'étant qu'une pulsion secondaire qui s'étaye sur le besoin primaire de nourriture ». (Savard, 2010, p10).

L'attachement est le lien affectif qu'un enfant développe envers les personnes qui sont sensibles à lui et qui en prennent soin (Doré et Hénaff. 2008, p 260).

2.2 La figure d'attachement :

La figure d'attachement est personne vers laquelle l'enfant dirigera ses comportements d'attachement .selon Bowlby 1969, la mère est en général la personne pour tenir cette fonction .De nous jour, toute personne qui s'engage dans une interaction social avec l'enfant qui sera capable de répondre à ses besoin sera susceptible de devenir une figure d'attachement (Savard .2010, p10).

Lamb (1977) va montrer, quant à lui, que le bébé ne présente pas d'avantage de recherches de proximité avec la mère qu'avec le père. Pour lui (le père est d'un point de vue constitutif ,biologique, aussi bien prédisposé que la mère pour réagir et répondre à un bébé .Rien n'empêche donc si ce ne sont pas les attentes sociales qu'un attachement de qualité se forme avec le père .(Lamb, 1977, p 637).

Bowlby (1990), a montré une véritable balance dynamique entre les comportements d'attachements et les comportements d'exploration ;ce n'est que quand ses besoins de proximité sont satisfaits que l'enfant peut s'éloigner de sa figure d'attachement pour explorer le monde extérieure .l'attachement va bel bien servir l'autonomie et non la dépendance .(Bowlby, 1996 ,p 645).

2.3 Les émotions :

Selon Pierre livet l'émotion est « celle d'un évènement affectif, occurrent et transitoire qui introduit une dynamique, une discontinuité ou une inflexion, dans l'appréciation » (livet, 2002, p15).

Les psychologues et les psychiatres définissent l'émotion comme : un syndrome ayant ses manifestations sémiologique à la fois sur les plus psychiques, physiologiques et comportementales. (Colleta, 2003, p97).

2.4 Le caregiving :

En (1988), Bowlby définit le « caregiving » comme le versant parental de l'attachement. Il représente la capacité à donner des soins, à s'occuper d'un plus jeune que ce soit au niveau physique ou affectif. Le caregiving représente la complémentarité du système de comportements des parents et de l'enfant, il s'agit d'un « équilibre dynamique »

Cassidy (1999), propose d'utiliser le terme de « caregiving system », introduit au préalable par George et Salomon, afin de donner une description spécifique des comportements parentaux visant à obtenir la proximité et le réconfort à partir du moment où ils ressentent la détresse de l'enfant ou lorsque celui-ci se sent en danger.

Selon ces auteurs, ce système serait la réciproque du système d'attachement et aurait une fonction adaptative : la protection des jeunes enfants. Les différents signaux produits par l'enfant, qu'ils soient internes ou externes, que les parents considèrent comme dangereux pour leur enfant vont venir activer le système de caregiving. Celui-ci sera par la suite désactivé lorsque l'enfant sera réconforté. Cependant, il est important de noter que toutes les figures d'attachement ne sont pas obligatoirement des caregivers. En effet, l'individu afin de pouvoir être considéré comme un caregiver, doit être présent régulièrement et apporter différents soins à l'enfant que ce soit au niveau physique ou au niveau émotionnel. (Savard.2010, p12).

Selon Cassidy (2000), « le caregiving » dépend également des croyances culturelles, de la parentalité, de la qualité de l'environnement et de l'état

émotionnel dans lequel se trouve le caregiver mais aussi du comportement de l'enfant. Ainsi, certains facteurs peuvent venir interférer les soins prodigués par le caregiver, comme le réseau relationnel, la relation conjugale, les conditions de vie, le stress, les ressources matérielles et financières (Ainsworth, 1985), mais aussi l'histoire parentale et l'expérience du parent en tant qu'enfant. (Savard.2010, p 13).

En tant que système, « caregiving » se définit par plusieurs caractéristiques particulièrement étudiées par deux élèves de Bowlby, Carol George et Judith Solomon (1999). IL se déclenche dès que nous sommes exposés à des signaux qui indiquent la vulnérabilité d'un être vivant .On dit du « caregiving » que c'est un système d'alerte aux besoins des autres .En tant que soignant ou professionnel en charge de jeunes enfants ,notre système de « caregiving » est souvent sollicité dans notre pratique professionnel.

Le premier objectif du « caregiving » pour un parent est un de protéger son enfant en se rapprochant de lui. Toute situation où le parent le parent perçoit l'enfant en danger ou en détresse, toute séparation imposée de l'enfant active le « le caregiving » du parent ; ce n'est qu'à partir du moment où une proximité physique et /ou psychologique est restaurée et que l'adultes peut reconforter son petit que celui –ci sent son « caregiving » désactivé.(Guédénéy, 2010, p33).

3 la constitution de l'attachement :

Les phases de l'attachement. Le développement de l'attachement se fait de manière Progressive et continue. On peut le séparer en quatre phases caractérisée chacune par un certain nombre de comportements et de patrons d'attachement.

3.1 La première phase :

Cette phase est celle du pré-attachement, elle s'étend de la naissance à 12 semaines environ. Elle est caractérisée par une orientation vers le visage, la voix, le corps des personnes qui entourent l'enfant, mais sans que les comportements a leurs égard : comportements de signalisation (pleurs, vocalisations, sourires), (d'orientation, fouissements, ajustement postural, regard, écoute) ou de proximité (succion, accrochage) soient encore différenciés.

3.2 La seconde phase :

Cette phase va de 13 semaines à 6 mois environ, que ses comportements commencent à se centrer sur les personnes familières. Pendant cette période de formation du lien d'attachement, l'enfant reconnaît les personnes familières, ses sourires, ses pleurs, ses vocalisations, ne sont plus tout à fait les mêmes, selon qu'ils s'adressent à la mère, ou à une personne étrangère.

3.3 La troisième phase :

Début vers 6-7 mois, une phase au cours de laquelle se tisse entre l'enfant et la mère, un lien privilégié et à double sens. C'est-à-dire un attachement véritable qui conduira l'enfant à agir de façon active et sélective : il explorera son environnement en utilisant la mère comme base de sécurité, ou réservera à celle-ci un accueil positif après une brève séparation.

3.4 La quatrième phase :

Qui se situe au-delà de 24 mois et qui, dans les termes de Bowlby (1973 1980) et celle du (goal corrected partnership), alors que l'enfant commençant à comprendre les facteurs qui influencent les comportements de l'adulte, se montre plus habile à les modifier pour atteindre ses propres fins. (Adolph, Esperet, 1999, P222).

4 Les schèmes d'attachement chez l'enfant :

C'est lors d'une étude d'observation à Ouganda, dans les années 60, que Mary Ainsworth s'intéresse aux différents types d'attachement et étaye ainsi la théorie de J. Bowlby. Son « étude s'inspire de la méthode éthologique, elle observe l'enfant dans son milieu familial. Elle porte son attention sur les signaux d'attachement de l'enfant, les réponses données de la mère ainsi que la qualité des soins.

À son retour aux États-Unis, dans les années 70, elle reprend son observation à l'aide d'une situation standardisée « situation étrange » et décrit les différents types d'attachement.

Ainsworth met donc en évidence trois catégories d'attachement s'avoient : l'attachement sûr, l'attachement insûr évitant et l'attachement insûr ambivalent. (Leblanc, 2007, p60).

4.1 Chez l'enfant

4.1.1 L'attachement sécure

Dans le type d'attachement sécure, l'enfant serait généralement coopératif, enthousiaste, en ce qu'il aurait confiance au monde d'extérieure .et son monde serait prévisible.

L'enfant ayant une organisation sécure utiliserait la figure d'attachement comme base de sécurité pour explorer son environnement ,tout en gardant la possibilité de faire appel à celle –ci dans des situations où il ressentait de l'anxiété ou s'il était confronté à un danger.

La mère de l'enfant sécure est plus flexible dans ses représentations mentales du parentage .Elle serait aussi plus positive et plus réaliste quant mentales du parentage. Elle serait aussi plus positive et plus réaliste quant à l'évaluation des menaces potentielles aux sacrés de son enfant. (Gagnon, 2006, p26).

4.1.2 L'attachement insécure évitant :

Dans le type d'attachement insécure évitant l'enfant serait généralement hostile, antisocial, renfermé et rechercherait négativement l'attention .il aurait appris à désactiver son système d'attachement c'est-à-dire, que l'enfant explore son environnement de façon défensive .ce type serait lié à des interactions intrusives ou rejetâtes de la personne significative. (Leblanc, 2007, p60)

La mère de l'enfant insécure évitant ressentirait quant à elle un dégoût des contacts physique et de la proximité ,exprimerait de la colère ,adopterait des comportements menaçants et rejetterait les contacts de l'enfant .Elle restreindrait aussi l'expression de ses émotions .Son visage présenterait donc peu d'expression .Ce type de mère sous –estimerait les besoins d'attachement de son enfant .par exemple ,elle peut penser que sa détressé est de la manipulation . Elle serait peu disposée à intégrer tous les indices que son enfant lui manifeste pour activer son system de soins. Elle aurait plutôt tendance à le désactive .Elle n'abandonnerait jamais complètement son rôle toutefois. Qui consiste à donner des soins et à fournir la protection .Dans ce modelé d'attachement .Ces modèles sont la résultante d'une mère qui le repousse constamment lors d'approche pour des demandes de réconfort et de protection ou qui a vécu des séparations prolongée .En réaction à ces rejets ou séparation prolongées ,cet enfant aurait tendance a évité sa mère visuellement ou physiquement et

restreindrait l'expression de sa détresse et de ses émotions .L'évitement serait paradoxalement au service de l'attachement ,puisque en éliminant certain type de stimuli que la mère semble considéré comme déplaisant ,cela réduirait le risque qu'elle fuie ou agresse l'enfant .l'évitement permettrait ainsi de maintenir la proximité a la figure d'attachements , en plus de désactiver l'attachement au niveau comportemental, Cela se ferait aussi au niveau représentationnel comme le proposent Cassidy et Kabak(1988),l'enfant pourrait en effet être exclu du traitement de l'information toutes pensées qui proposeraient de l'anxiété et de la détresse et le risqueraient d'activer les besoins d'attachement (Leblanc,2007 , pp 60 .61)

4.1.3 L'attachement insécur ambivalent :

Dans le type d'attachement insécur ambivalent, l'enfant était généralement tendu ,impulsif et passif ,ce dernier type d'attachement semblait associé aux incohérences des réponses maternelles correspondant au manque de disponibilité et au rejet de la personne significative .l'enfant avait appris de son côté ,à suractiver son système d'attachement .(Ganun ,2006,p27).

La mère de l'enfant insécur ambivalent décrirait quant à elle ses stratégies de soins qui consistent à garder l'enfant près d'elle, ce qui encouragerait sa dépendance ,et elle semblerait parallèlement insensible à ses indices .Ce type de mère ne serait pas engagé quand l'enfant en aurait besoin mais le serait quand l'enfant ne requerrait pas son attention .par exemple quand il souhaiterait explorer,elle interférerait avec l'exploration de l'enfant .Dans ces circonstances ,l'enfant doit détourner son attention de l'environnement pour le diriger sur sa mère .Cette faible disponibilité et cette interférence de la part de la mère contribuerait à ce que l'enfant perçoive que ses soins inconsistants .puisque l'enfant n'est pas certain que son parent sera disponible à répondre en cas de besoin ,son incertitude ferait en sorte qu'il serait toujours sujet à l'anxiété en cas de séparation ,aurait tendance à se cramponner au parent et serait anxieux d'explorer l'environnement.(Leblanc, 2007, p61)

4.1.4 l'attachement désorganisé :

Dans ce type 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 relation utilitaire 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 désires et de ses besoins ,sur sa perception du bien et du mal et sur l'approbation des comportements des adultes.

le parent active le système d'attachement de l'enfant par la frayeur que suscitent ses comportements et en met de surcroit de résoudre cette demande d'attachement ainsi procurée.IL s'agit d'un conflit pour l'enfant puisque le parent est à la fois une source d'alarme et celui qui devrait être source de sécurité .Face à ce stimulus paradoxal ,l'enfant présente des comportements conflictuels tels que l'approche et le retrait de cette figure d'attachement .Même si en effet réconfort auprès d'elle ,comme le souligne Bowlby (1969) .Dans ces circonstances ,le comportements de l'enfant peuvent difficilement s'orienter vers un but .

L'enfant échoue ainsi à proposer des stratégies comportementales cohérentes pour négocier avec les événements stressants .IL est donc désorganisé .IL peut aussi figer ou bouger au ralenti en présence de sa figure d'attachement .De cette façon ,il semble manquer d'orientation dans son environnement ,d'où l'expression désorienté .Ce type de relation procure à l'enfant une intense souffrance et de la colère .(Gagnon ,2006, p27)

4.2 Chez l'adulte

4.2.1 Le style d'attachement sécurisant :

L'attachement sécurisant regroupe environ de 50%de la population .Les individus qui en font partie possèdent une image positive d'eux- même et des autre ,c'est – à- dire qu'ils estiment avoir de la valeur et qu'ils croient pouvoir compter sur l'autre en cas de besoin ,ils ont également l'impression de mériter l'amour de l'autre, d'avoir du contrôler sur leur destinée et ils envisagent positivement les situations interpersonnelles .En couple ,ils sont à l'aise dans l'intimité , l'engagement et l'interdépendance ,donc ils sont capables de dépendre de l'autre au besoin .

4.2.2 .Le style d'attachement détaché :

L'attachement détaché Regroupe environ 15 à 20% de la population générale, et est légèrement plus prévalent chez l'homme (Schmitt et al, 2003). Les personnes dites détachées affichent une image positive d'elles-mêmes, mais une image négative des autres, c'est-à-dire qu'elles doutent de la capacité des autres à répondre à leurs besoins. Cela les amène à éviter les relations intimes sur le plan émotionnel, à refuser de montrer leur vulnérabilité et à être incapables de répondre des autres. Les individus détachés préfèrent les relations « distantes », où il y a peu de développement de soi et où ils peuvent conserver un certain degré d'indépendance. Ils ont appris à se fier à eux-mêmes de façon excessive, plutôt qu'à chercher du réconfort, et à nier l'importance des relations intimes pour se protéger des blessures potentielles que de telles relations sont susceptibles de provoquer.

4.2.3 Le Style d'attachement préoccupé :

Regroupe environ 15 à 20% de la population générale, et est légèrement plus prévalent chez les femmes. Les personnes dites préoccupées possèdent une image négative d'elles-mêmes, ont le sentiment d'être indignes d'amour et de manquer de mérite. Elles ont toutefois une image positive des autres, ce qui les amène à rechercher l'attention, et l'approbation d'autrui de façon excessive (besoin de réassurance). Dans leurs relations de couple, elles présentent une grande instabilité émotionnelle, des manifestations démesurées de dépendance, une grande peur d'être abandonnées et de ne pas être aimées. Elles manifestent également des attentes de soutien et d'amour exagérées. Une hyper-vigilance aux signes de rejet ou de moindre disponibilité du partenaire, ainsi que de la jalousie.

4.2.4 Le style d'attachement craintif :

Représente entre 10 à 20% de la population. Les individus dits craintifs possèdent à la fois une image négative d'eux-mêmes et des autres, c'est-à-dire qu'ils se perçoivent comme des êtres peu aimables (sans mérite) et qu'ils évitent les contacts intimes avec les autres qui voient comme peu fiables, indisponibles, et peu dignes de confiance. Ils désirent le contact intime, mais craignent à la fois souffrance de l'abandon et la proximité qui est difficile à supporter. Ce sont les conséquences de personnes solitaires, introverties et peu affirmées, qui se méfient

et se confient très peu à leurs proches par peur d'être blessés. (Lussier, Belanger, Sabourin, 2017, p 1997).

5. les systèmes d'attachement :

5.1 Le système motivationnel :

Un système comportemental ou motivationnel est un système de contrôle motivationnel programmé biologiquement qui gouverne les règles et les comportements associés avec un but proximal spécifique ;il implique la notion de motivation inhérente ;il suppose des comportements coordonnés pour accomplir des inobjectifs spécifiques et des fonctions adaptatives ;il est activé et désactivé par des signaux internes et désactivé au niveau biologique par un système de rétrocontrôle qui surveille les indices internes et externes .les système motivationnels en fonction du temps et de l'interaction avec l'environnement ;ils sont organisés et intégrés par des système et de représentation chez l'humain .on décrit actuellement une série de système motivationnels liés à la reproduction ,à l'alimentation ,au coping.(Guédeney, & Guédeney, 2009,p10)

5.2 Le système peur –angoisse :

Le système peur –angoisse correspond à la capacité à identifier et s'adapter à tout indice signalant la présence de choses effrayantes .il s'agit donc de la perception et de la réaction de l'enfant à une situation de danger .avoir peur de certains stimuli constitue un avantage pour la survie .

Bowlby (1973) décrit des indices naturels de danger qui, par leur présence, signalent un risque accru de danger, même s'ils ne sont par eux-mêmes dangereux.

Ce sont par exemple les mouvements d'approche secondaire et excessive, le noir ,les bruits forts ou la solitude .ces stimuli sont immédiats, d'autres apparaissent secondairement .le système de vigilance partage avec le système d'attachement les mêmes signaux activateurs ,présents à la fin de la première année ,comme absence de figure d'attachement ,l'inconnu et le non familier .Des environnementaux (les animaux ,l'eau ,l'obscurité) contribuent au contrôle constant par l'enfant de la qualité sécurisante ou effrayante de l'environnement on revisite ainsi les phobies infantiles qui devraient être plutôt considérées comme la trace de signaux universels de danger .En activant le système d'alarme et ,de manière simultanée, le système d'attachement ,ils provoquent chez l'enfant des réactions de sauvegarde et de recherche de protection qui donnent au avantage

pour sa survie .Ce système est lui aussi survie de la protection de l'enfant et en lien étroit avec celui de l'attachement. (Guédeney & Guédeney, p 12)

5.3 Le système exploratoire :

Le système de l'exploration est légèrement décalé dans le temps par rapport à l'attachement :Si l'enfant va trop loin ,soit la mère ,soit lui –même ,concourant à rétablir la distance compatible avec un sentiment de sécurité .l'enfant acquiert un système d'exploration plus élaboré du fait des changements dans ses capacités de locomotion et dans ses processus cognitifs :l'enfant acquiert la permanence de l'objet et la compréhension de la fin et des moyens ,sa capacité d'imitation se développe considérablement ainsi que le registre conversationnel .la locomotion joue un capital : le bébé peu s'éloigner pour explorer et étendre ainsi considérablement son horizon .l'enfant risque alors d'avantage de ce placer en situation de danger ,de frustration ou d'impuissance ,liées en particulière à l'apprentissage .IL peut aussi prendre à son compte le contrôle de la proximité par rapport à sa figure d'attachement .

Ce système est immédiatement activé quand les systèmes d'attachement et de vigilance sont désactivés et s'éteint quand ces derniers sont activés trop intensément. (Guédeney et Guédeney, 2009, pp 11.12)

6 les troubles de l'attachement

6.1 Définition du trouble de l'attachement

Abrégé(TA), le trouble de l'attachement désigne les désordres émotionnels, comportementaux, et d'interaction sociale due a un échec de l'attachement relatif au besoin primaire lors de la petite enfance.

Le trouble de l'attachement se caractérise par une incapacité à établir un lien sélectif avec une figure d'attachement (souvent un parent) dans la petite enfance

Le trouble de l'attachement est « une condition nécessitant un traitement, par opposition à des facteurs de risques de troubles ultérieurs » (Prior & Glaser. 2006, p 239).

7.2 La nature du trouble de l'attachement :

Il continue à y avoir un certain manque de clarté sur la nature des troubles de l'attachement. Un des aspects sur lequel il y'a un consensus est que, quelle que soit la nature précise de ses difficultés, elles ne surviennent que lors d'expériences très négatives de soins précoces dans la vie de l'enfant, au point qu'on peut conceptualiser ses troubles comme « troubles survenant après de très mauvais soins ». Mais c'est insatisfaisant puisqu'un trouble ne peut pas être caractérisé par ses antécédents seuls. (Prior et Glaser 2006).

7.2.1 Pas de figure d'attachement discriminée:

Un environnement défavorable de soins précoces est probablement une des sévères négligences caractérisée par le manque d'un soignant cohérent et disponible. Ainsi que la maltraitance psychique et physique qui comprend à la fois la négligence (omettre) et l'abus (commettre). (Prior et Glaser 2006.p 237).

Dans des circonstances où il n'y'a pas de soignant disponible ou sensible, les enfants sont particulièrement vulnérables de développer un trouble de l'attachement. Les comportements d'attachement de l'enfant ne se développent pas complètement et ne s'expriment pas complètement.

Il est donc plus sûr de supposer que si l'absence ou omission qui est un préalable aux troubles de l'attachement. Ceci peut survenir dans trois contextes de soins : dans certaines institutions en cas de changement répété de soignant principal et avec des soins identifiables extrêmement négligents qui montrent un désintérêt persistant pour les besoins d'attachement de base de l'enfant. Il est aussi de noter qu'une négligence précoce grave est un soignant permanent indisponible sont nécessaires mais pas suffisants pour expliquer le développement d'un trouble de l'attachement, puisque tous les enfants élevés dans ces conditions ne développent pas nécessairement un trouble de l'attachement.

Les troubles de l'attachement ne sont pas synonymes d'un syndrome post institutionnel. Dans une étude sur des enfants grecs élevés dans un système de soins résidentiels ces jeunes enfants ont développés des attachements sélectifs. De plus, tous les enfants élevés dans des orphelinats romains, dont le développement a été étudié de manière extensive n'ont pas développé des troubles de l'attachement. (Prior & Glaser, 2010, p 238).

Synthèse

Nous voilà donc parler et présenter dans ce chapitre la théorie de l'attachement vers laquelle on va se tourner pour trouver du réconfort en cas de détresse et retrouver ainsi un sentiment de sécurité interne qui va permettre de retrouver explorer le monde. En effet cette relation d'attachement est très importante pour le développement affectif de l'enfant qui se construit entre lui et ceux qui l'enlèvent, et une dimension très particulièrement des liens interpersonnels affectifs durables qui traitent d'un aspect spécifique des relations entre êtres humains.

Chapitre 3

Méthodologie de la recherche

Préambule

La méthodologie est un ensemble de méthodes scientifiques, une boîte à outils permettant de décomposer le thème d'étude en tâches simples. C'est une procédure à appliquer pour arriver au résultat souhaité dans notre recherche.

Dans ce présent chapitre, nous allons commencer par la démarche méthodologique, ensuite on passera à la pré-enquête, suivie par la méthode sur laquelle on s'est appuyé, le terrain où nous avons effectué notre pratique de recherche, et enfin les outils utilisés pour arriver aux résultats.

1. La pré-enquête

Toute recherche doit commencer par une pré-enquête, sur laquelle le chercheur doit se baser afin de recueillir des informations nécessaires et pouvoir préciser sa thématique de recherche.

La pré-enquête est une phase exploratoire qui nous permettra de mieux préciser notre problématique. Elle se fait sous forme d'entretiens ouverts et observations auprès de personnes qui sont concernées par notre recherche: les mamans atteintes d'une maladie mentale ainsi que leurs enfants, la pré-enquête que nous avons fait nous a permis de confirmer, d'étayer et d'enrichir notre questionnement et surtout de le préciser.

Notre pré-enquête qui a duré une semaine du 12 au 16 du mois de février, que nous avons constaté pour l'observation et la familiarisation avec le terrain, ou nous avons assisté aux consultations des patientes, ainsi qu'au moment de la visite ou nous avons rencontré leurs enfants. ceci grâce au médecin chef de la psychologue qui travaille à la psychiatrie, donc le travail avec les patients n'est pas facile.

Tout d'abord, on a commencé à nous présenter autant étudiantes en master deux qui s'intéresse à la maladie psychiatrique, et que cette étude se fait pour un mémoire de fin de cycle dans un but purement scientifique. Ensuite on a expliqué en quoi consiste cette étude.

On a réussi à effectuer un petit entretien avec leurs enfants avec la langue kabyle mais dans une petite durée bien déterminé, parce que c'est leur moment de la visite et en discutant avec eux jusqu'ils gagnent leur confiance et

après ils arrivent à répondre à nos questions pour collecter les informations nécessaire.

Nous avons donc prit un cas dénommé « Halim » âgé de 24 ans, agent de sécurité dans une entreprise privée, et ayant une maman atteinte d'un trouble histrionique, nous avons passé le questionnaire de l'échelle AAS et nous avons fait l'entretien avec lui, ou nous avons constaté qu'il présente un type d'attachement sécure, ce qui a suscité notre intérêt sur le type d'attachement de ses frères/sœurs, chose qui nous a motivé pour continuer notre recherche, et de préciser notre problématique.

Malgré tout ça on a pu dépasser les difficultés rencontrées et effectuer notre étude de recherche.

2. la méthode clinique

Afin de pouvoir répondre aux objectifs de notre recherche, et afin de confirmer, d'étayer, d'enrichir nos hypothèses, les préciser, nous avons fait référence à la méthode clinique.

Selon **Lagache (1949)** : « la méthode clinique envisage la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible, la manière d'être et d'agir d'un être humain concret, et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, à la structure et la jeunesse, déceler les conflits qui la motivent, et les démarches qui tentent à résoudre ses conflits ». (Chahraoui & benony, 2003 p.11)

Cette démarche nous a permet de comprendre la relation mère-enfant ainsi que le lien affectif qui existe entre ces personnes qui ont des mères souffrant de maladies mentales.

2.1 L'étude de cas

En psychologie, l'importance de l'observation approfondie et prolongée de cas individuels a été reconnu dès le début de sa fondation comme science empirique, et on doit remarquer que la discussion de ses possibilités et problèmes a récemment regagné en actualité.

Le matériel de base utilisé dans l'étude de cas consiste généralement en ce que voit et entend le clinicien lors de ses entretiens avec le patient mais ces données peuvent s'enrichir d'informations venant d'autres sources : témoignage de parents, de proches, résultats d'examen psychologique ou médicaux. Ces données dont l'objectivité peut varier grandement et qui informent sur l'histoire personnelle et familiale, professionnelle, et médicale, sont alors organisées en fonction des problèmes posés par le patient et les buts poursuivis par le clinicien d'une part, l'option méthodologique de ce dernier de l'autre.

La première de ces buts est évidemment de comprendre et d'aider son patient, un but pratique, mais ce n'est pas nécessairement le seul.

Une seconde fonction de l'étude de cas est de permettre la conception et l'élaboration d'hypothèses sur l'étiologie et le traitement des troubles psychique. (Huber, 1987, pp 177,178).

3. la présentation du lieu de recherche

Afin de pouvoir réaliser cette étude, et de s'approcher des patients atteints d'une maladie mentale, ainsi que leurs enfants, dans un cadre professionnel, nous avons été amenées à faire notre pratique au sein du service psychiatrique de l'hôpital Frantz Fanon de Bejaïa. Dont le chef de service est le Pr ADJA. El.

Le service psychiatrique de Bejaia a une capacité litière de 18 lits pour homme, et 08 lits pour femme. Il a pour mission l'hospitalisation, la consultation d'urgence, l'ergothérapie...

Le service homme se constitue d'une grande salle pour la visite, équipée de 18 lits, tables, chaises et un téléviseur pour les patients du service, d'une cuisine, des vestiaires...un bureau pour la consultation et une salle de soins.et d'un isolement qui se constitue de 07 chambres, et de deux vestiaires.

Le service femme quant à lui se constitue d'une salle pour la visite équipée d'un téléviseur, et d'un divan, une table et des chaises, une cuisine, et des vestiaires, il se constitue également d'un bureau pour les consultations, et d'une salle des réunions.

4. le groupe d'étude

Notre groupe d'étude est un groupe de personnes âgées de 13 à 32 ans de maman atteinte d'une maladie mentale. Dont la relation mère-enfant peut être altérée.

Le tableau suivant résume les données générales inhérentes à notre population de recherche.

Tableau 1 : la présentation des cas étudiés selon leur appartenance familiale

Caractéristiques Familles	le type de la maladie de la mère	Nombre d'enfants	Les cas étudiés
La famille (A)	La schizophrénie	06 enfants	-Amina 16 ans - Tarek 14 ans -Najat 23ans - Aimed 27ans
La famille (B)	La dépression	05 enfants	-Sara 18 ans -Ahmed 24 - Samir 30 ans
La famille (C)	trouble bipolaire	02 enfants	- Céline 13 ans -Lyna 15 ans
La famille (D)	Personnalité histrionique	03 enfants	-Saïd 13 ans -houari 17 ans
La famille (E)	La schizophrénie	07 enfants	-Hacéne32ans -Tasaadite 28 ans

Tableau n02 : caractéristiques de groupe de recherche

caractéristiques nom		Sexe	Age actuel	Niveau d'instruction	L'âge de l'enfant au début de la maladie	Type de la maladie
Famille (A)	Aimed	Masculin	27 ans	1 ère AM	4 ans	Maman schizophrène
	Nadjet	Féminin	23 ans	3ème AS	4/5 mois	
	Amina	Féminin	16 ans	4ème AM	Dés la naissance	
	Tarek	Masculin	14 ans	2me AM	Dés la naissance	
Famille (B)	Samir	Masculin	30 ans	2ème AS	27 ans	Maman dépressive
	Ahmed	Masculin	24 ans	Licence	21 ans	
	Sara	Féminin	18 ans	3ème AS	15 ans	
Famille (C)	Lyna	Féminin	15 ans	4 ème AM	14 ans	Maman bipolaire
	Céline	Féminin	13 ans	3ème AM	12 ans	
La famille(D)	Saïd	Masculin	13 ans	2ème AM	Dés la naissance	Maman hystérique
	Houari	Masculin	17 ans	3ème AM	Dés la naissance	
La famille(E)	Hacéne	Masculin	32 ans	6 ème année primaire	4 ans	Maman schizophrène
	Tasaadite	Féminin	28ans	9ème année	Dés la naissance	

- **les critères d'homogénéité :**

Tout les cas sont des personnes ayant une maman souffrante d'une maladie mentale.

Tout les cas sont ou ont été scolarisés

Tout les cas ont des mamans hospitalisées au service de psychiatrie.

- **Les critères non pertinents :**

L'âge des enfants et leurs mamans.

Le type de la pathologie des mamans.

Le sexe des personnes et leur niveau d'études.

5. les outils d'investigation

La méthode clinique est une démarche scientifique de recherche et de production de savoir, mais c'est aussi une pratique particulière du soin psychique, du traitement médical ou de la psychothérapie.

Afin d'arriver a des résultats concernant notre recherche on a été amené à faire recours a l'entretien clinique et a l'échelle AAS.

5.1. L'entretien clinique

L'entretien clinique est une situation de communication entre un psychologue clinicien et un patient, c'est une technique utilisée avec des objectifs divers, qui dépendent du thème de recherche.

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives de sujet, il vise à appréhender et a comprendre le fonctionnement psychique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation, il vise aussi a recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais ces informations ne pouvant être comprises qu'en référence du sujet lui-même, a l'histoire personnelle du sujet, son histoire familiale, et la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité etc....(Chahraoui & benony,1999 p 11.12).

Il y'a trois types d'entretien : entretien directif, entretien semi-directif, entretien non directif.

Dans ce présent travail nous avons opté pour un entretien semi-directif qui se caractérise par un ensemble de questionnaire que l'interviewé va choisir dont le thème sera précis et bien défini, il s'agit d'un guide d'entretien avec plusieurs questions, préparées a l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées a un moment opportun de l'entretien clinique.

5.1.2 Le guide d'entretien

Au niveau méthodologique, l'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien, retraçant les hypothèses construites autour de la problématique exploré. Le guide d'entretien est construit en fonction des objectifs de la recherche, il structure l'entretien et en est un de ses fondements (Gallon, 2012, p 181).

Notre guide d'entretien comprend (04) axes

Axe I : Données personnelles

AXE II : renseignement sur le parent malade (la maman)

AXE III : la relation parentale

AXE IV : la découverte de la maladie du parent

5.2 Présentation de l'échelle

Présentation de l'échelle Adulte Attachement Scale (AAS)

L'échelle Adult Attachment Scale a été officiellement élaborée par Collins, N.L et Read, S.J (1990), en rapports test-reteste pour une période de deux 02mois développé avec un échantillon d'étudiants de premier cycle .Les auteurs cherchent a mesurer les dimensions de style d'attachement adulte y compris le confort avec la proximité et l'intimité des modalités de travail ,et la qualité des relations, construites sur les travaux antérieurs de Hazen et Shaver (1987)et Levy et Davis (1988) par décomposition des trois descriptions originales prototypique sur l'attachement à l'adulte .

L'inventaire de l'attachement AAS contient un ensemble des items d'auto évaluation destiné à mesurer les styles d'attachement chez les sujets à partir de l'âge

adolescent en référence à la théorie de l'attachement de Bowlby. Sur la base de conceptualisation et d'instruments d'évaluation de recherche sur l'attachement .l'échelle AAS est un instrument reflétant les attitudes liées à l'attachement, dans laquelle mesure une personne se sent proche de son partenaire, est capable de compter sur l'autre, et combien a peur de prendre un partenaire intime.

L'échelle comporte une série de 18 items .Chaque élément est évalué sur une échelle de 5 points allant de un (1) qui signifie pas du tout caractéristique a cinq ((5) qui signifie très caractéristique.

1-----2-----3-----4-----5	
Pas de tout	très
Caractéristique	Caractéristique
De moi	de moi

Cet instrument (AAS), contient trois sous- échelle chacune composées de six éléments a moyenne de note les réponses du sujet. Les trois sous-échelles sont « sécure », « dépendant », « anxieux » .l'échelle « dépendant » mesure dans laquelle une personne est à l'aise avec la proximité et l'intimité. L'échelle « dépendant » mesure dans laquelle une personne se sent /elle peut dépendre des autres. Les mesures sous-échelle anxiété dans laquelle la personne est inquiet d'entre abandonnées ou mal-aimé par autrui.

La notation

La note a l'AAS est en additionnant les indices numérique des 18items étant cote de un (01) a cinq (05) puis on calcule la moyenne pour les six (06) éléments qui composent chaque sous-échelle comme indiqué ci-dessous.

Il faut faire attention pour les articles marques d'un astérisque (*) doivent être inverse avant le calcul de la moyenne de la sous-échelle.

Les items de chaque sous-échelle

1. SECURE = 1 7 9 13* 15* 17*
2. DEPENDANT= 3* 6 8* 14 16* 18*
3. ANXIEUX= 2* 4 5 10 11 12

A .Le score plus élevé au sous échelle « sécuritaire » indique sentiment de confort avec proximité et d'intimité.

B. Le score plus élevé au sous échelle « dépendant » indique que le sujet est dépendant des autres.

C. Le score plus au sous échelle « anxieux » indique une plus grande inquiétude d'être rejetés et mal aimé.

La consigne

L'échelle contient dix-huit (18) articles d'énoncés. Veuillez lire avec soins chacune de ces items , puis placez un nombre compris entre un(1) et cinq(5) dans l'espace prévu à la droite de chaque énoncé qui décrit le mieux vos caractéristique .Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque article .(Collins,2008 ,p02-05).

6. Les procédures de recueil de données

6.1 Les conditions du déroulement du travail d'investigation :

Suite au niveau d'instruction de nos cas ainsi que leurs âge (les adolescents par exemple) nous avons effectué nos entretiens, et nous avons traduit notre échelle en langue kabyle et arabe afin qu'ils puissent comprendre et donner des réponses bien précises.

Pour les entretiens on les a fait pendant l'heure de la visite, chose qui réduit un peu la durée des entretiens pour pouvoir leur laisser du temps libre (temps de visite), pour les adolescents scolarisé on leur a demandé de venir pendant les week-end.

Le service psychiatrique de Bejaïa est un service d'urgence, et les permissions de sortie se font dès la stabilisation, donc la durée d'hospitalisation des patientes est indéterminée.

6.2 Les étapes du déroulement du travail d'investigation :

Notre pratique s'est déroulée en trois (04) étapes :

Tout d'abord On a réalisé notre pré-enquête au sein de l'hôpital Frantz fanon au service psychiatrique, avec les patients au prêt de leurs lits, et avec leurs enfants dans la salle des visites. Durant les heures de visite et quelques fois durant le week-end.

Donc au départ on s'est informé sur les différents cas qu'on pourrait rencontrer au service (femme), ou le professeur du service nous a informé et nous a orienté vers la psychologue qui ; à son tour nous a expliqué les troubles dont elles souffrent les patientes, leurs situations familiales, le nombre d'enfants ... etc.

Après avoir constaté qu'elles répondent à nos exigences et aux caractéristiques recherchées on a commencé à créer des liens avec elles pour pouvoir comprendre un peu leurs relations avec leurs enfants avant de passer à l'entretien

Nous avons commencé par des entretiens ouverts avec les patientes, pour voir la relation mère-enfant, ainsi que le lien affectif d'avec leurs enfants de leur point de vue.

Ensuite on a réalisé des entretiens semi-directifs avec leurs enfants qui sont notre groupe d'étude.

Après avoir terminé avec l'entretien semi-directif on est passé aux échelles qui correspondent chacune à sa tranche d'âge, on a utilisé donc l'échelle AAS. La durée moyenne varie entre 35 à 40mn.

Synthèse

Afin de réaliser notre travail, qui est le lien d'attachements chez les personnes qui ont une mère atteinte d'une maladie mentale, on a été amené à effectuer un stage de trois (03) mois au niveau de l'hôpital Frantz Fanon service psychiatrie.

Pour arriver à des résultats plus fiables nous avons fait référence à deux outils d'investigation ; l'entretien clinique et les échelles d'attachement (AAS)

Chapitre 4

Présentation et analyse des résultats

5.1 Présentation et analyse des 13 cas selon chaque famille:

5.1.1. La famille (A)

5.1.1.1 le cas de Aïmed 27 ans

Aïmed est un jeune homme âgé de 27 ans, d'un niveau d'instruction moyen, ayant une maman atteinte de schizophrénie.

Aïmed semble être très motivé pour l'entretien.

Le début des troubles de la mère semble remonter à 23 ans quand le jeune homme avait 4 ans, en étant enfant Aïmed dit qu'il été le préféré de sa grand-mère qui vivait avec eux a la maison.

Etant petit Aïmed ne savait pas que sa mère présentait une maladie mentale, d'ailleurs sa première consultation en psychiatrie date de quelques années seulement, « je ne savais pas que ma mère présentait une maladie mentale, mais quand j'ai grandi, j'entendais toujours ses disputes avec mon père, c'est toujours les bagarres et les problèmes à la maison ».

En lui parlant de la maladie de sa mère Aïmed dit qu'il s'inquiète le plus pour ses petits frères : « moi j'ai grandi dans les bras de ma grand-mère, je ne manquais de rien, elle m'achète ce que je veux moi et ma sœur Nadjet » maintenant que j'ai grandi, j'ai ma propre vie, je m'investis dans mon travail, je suis commerçant et je gagne très bien ma vie, la seule chose qui me soucie c'est mes petits frères, je parts au travail mais je pense toujours à eux .

Aïmed dit qu'il a perdu sa grand-mère, quand il avait 15 ans, « j'ai vécu une période très difficile, j'étais plus proche d'elle que ma mère, après la mort de ma grand-mère j'ai arrêté mes études, et j'ai commencé a travailler comme un « receveur » dans un bus, je gagnais mon argent de poche et je m'éloignais un peu des problèmes de la maison.

Pour Aïmed son père était un père exemplaire, c'est lui qui a prit la relève après la mort de sa grand-mère dit Aïmed, c'est papa qui cuisine, il habillait mes frères, et sœurs pour aller a l'école, c'était lui qui s'occupait de toutes les taches ménagères, « mon père était le premier a découvrir la maladie de ma mère, je me souviens quand j'étais petit, quand ils se disputaient ensemble, il disait a ma grand-mère, cette femme est devenue folle, elle n'est pas normale » tout le monde était contre lui, on lui disait toujours qu'il voulait se remarier.

Pour la découverte de la maladie de sa mère Aimed dit que sa mère était malade bien avant qu'elle consulte en psychiatrie, mais personne n'a osé dire ça a part son père était le premier à la découvrir, c'est après sa tentative de suicide qu'on l'a ramené à l'hôpital, elle s'est coupé les veines, ça date de 4 ans de ça.

D'après ce que la mère nous a révélé, Aimed n'était pas très proche d'elle, ils ne discutent pas trop ensemble, il travaille, il sort tôt le matin e il rentre tard le soir. « Je le vois presque pas, il est plus proche de son père » dit la maman.

Quand nous avons demandé à Aimed de ce qu'il a ressenti à la première hospitalisation de sa mère, il a répondu qu'il été triste pour elle, mais au même temps content puisqu'elle va se faire soigner : » au moins on aura un peu de calme a la maison ».

D'après cet entretien on a constaté que sa relation d'avec sa mère n'était pas assez affectueuse, et chaleureuse mais il ne manquait pas aussi d'affection du coté de sa grand-mère, ce que nous a aidé à saisir que le style d'attachement d'Aimed pourrait être Sécure.

Tableau : résultat de l'échelle AAS d'Aimed

Sous-échelles	Résultats
Sécure	17
Dépendant	14
Anxieux	12

Interprétation et analyse des résultats du cas Aimed

D'après le résultat de l'échelle, on remarque que Aimed obtient le score le plus élevé dans la sous-échelle « sécure » cela renvoi à la présence du chiffre (5) et (4) pour les items : 1, 7, 9, 13, 15, et 17

Pour l'item (1) du tableau Aimed a répondu par le chiffre (5) ce qui montre qu'il est relativement facile pour lui de se faire de se rapprocher des autres. Ainsi que sa réponse par le chiffre (4) pour l'item (7) « Je ne m'inquiète pas quand

quelqu'un se rapproche trop près de moi » ce qui montre que notre cas est stable émotionnellement.

Synthèse du cas Aimed

Aimed, un jeune homme ayant une maman atteinte de schizophrénie, depuis qu'il a l'âge de 4ans, il est l'inné d'une fratrie de (06) enfants. C'est un homme indépendant qui travaille, et gagne sa vie, Aimed n'avait pas une relation chaleureuse et affectueuse avec sa mère, mais sa grand-mère lui a donné tout l'amour et les soins dont il a besoin, nous avons constaté donc grâce à l'entretien et aux dires d'Aimed que sa grand-mère était sa figure d'attachement, l'échelle (AAS) d'Aimed révèle donc qu'il est facile pour lui de se rapprocher des autres, et qu'il a confiance en leur disponibilité quand il a besoin.

Selon les données et les résultats obtenus grâce à ces deux outils (l'échelle AAS et l'entretien) nous avons constaté que le style d'attachement d'Aimed est Sécure ce qui infirme notre première hypothèse.

5.1.1.2 le cas de Nadjat 23 ans :

Il s'agit de Nadjat, une jeune femme de 23 ans, secrétaire dans une école privée, elle est la troisième d'une fratrie de 06 enfants dont 2 filles e 04 garçons.

« Avoir un malade mentale à la maison est une chose très difficile à vivre » c'est la première phrase que Nadjat nous a dit avant même de commencer l'entretien avec elle.

En cherchant à savoir ce qui se cache derrière les paroles de cette jeune qui paraît pourtant une femme très joyeuse, elle commence à nous parler de son vécu avec sa maman, elle dit avec un visage triste : « j'aurai aimé naître dans une autre famille » j'ai grandi dans un climat familial qui n'est pas très agréable, ma mère est tombée malade depuis que j'étais petite c'est ce que ma tante ma dit maintenant que j'ai grandi.

quand j'étais encore plus jeune, vers l'âge de 6/7 ans, je me rappelle que c'est ma grand-mère (paix à son âme) qui se réveillait le matin pour me préparer le petit déjeuner, me lavait, et m'habillait pour aller à l'école, elle s'occupait de moi, je croyais que c'était elle ma mère, d'ailleurs moi et mes frères on l'appelait tous « Imma fatma » quand je rentre de l'école je cherche ma grand-mère, car c'est elle

qui joue avec moi, elle me raconte des petits comptes qu'elle connaissait, et je dors parfois avec elle dans son lit. dit la jeune femme.

En lui parlant de la mort de sa grand-mère et son impact sur elle, Nadjet dit « avant qu'elle meurt, ma grand-mère est restée 5 mois au lit, elle était vraiment malade, elle ne pouvait plus marcher, elle ne sortait plus de sa chambre, tout le monde savait qu'elle allait mourir, c'est ce qu'on m'a dit quand j'ai grandi »

Quand « Imma fatma » est tombée malade, elle ne pouvait plus s'occuper de nous, du coup c'est mon père qui en a prit soins de toute la famille, c'est lui qui faisait tout pour nous, c'est vrai qu'après la mort de ma grand-mère ma tante est venu pour s'occuper de nous, mais elle n'est pas restée longtemps, moi j'étais petite j'avais que 10 ans, mais d'après ce qu'ils m'ont raconté ma mère disputait souvent avec elle en lui disant tu veux prendre ma place, et mon mari.

Revenant a sa relation avec son père, Nadjet dit que son père est l'homme idéal : « il me comprend, il m'aime, il m'encourage dans mes projets, c'est un père exemplaire, rien ne nous a manqué avec lui, malgré que je sais que c'est pas facile pour un homme de prendre toutes ses responsabilités, mais on s'est jamais senti abandonné ou négligé, il nous fait tout ce qu'il peut pour nous voir heureux »

Parfois il me fait de la peine, car même lui il a besoin d'une vie meilleure, j'ai peur qu'il tombe malade a cause de toute cette pression et cette surcharge qu'il a sur sa tête.

En parlant à Nadjet sur l'hospitalisation de sa mère et que pense t-elle de sa, elle dit que c'est une bonne chose pour elle « je pense que même elle, elle va avoir un peu de repos, elle prend son traitement à l'heure, et elle se repose, même nous on aura un peu de calme, surtout pour mes petits frères qui sont actuellement en période d'examen, ils ne seront pas perturbés »

Tableau : résultat de l'échelle AAS de Nadjet

Sous-échelles	Résultats
Séure	21
Dépendant	14
Anxieux	17

Interprétation du tableau du cas Nadjet

On remarque que les résultats de notre cas Nadjet, se situent dans le modèle sécure, d'un score de 21 points.

Notre sujet ne rencontre pas de difficultés à rentrer en relation avec autrui. Cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre cinq (04) à l'item N° 01 « Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres ».

Elle constitue également une source d'assurance pour elle-même et pour les gens qu'elle connaît. Cela est déclaré dans sa réponse par le chiffre trois (03) à l'item N° 07 « Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un s'approche trop de moi ». Ainsi que dans sa réponse par le chiffre quatre (4) à l'item n°(15) « Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi ».

Synthèse du cas de Nadjet

Nadjet, une jeune femme âgée de 23 ans, d'une maman atteinte d'une maladie mentale, est une femme très extravertis, elle ne trouve aucune difficulté à s'exprimer, ni à parler de la maladie de sa mère, d'ailleurs, elle a commencé à nous révéler sa vie avant même qu'on commence l'entretien avec elle.

Comme son frère aîné, Nadjet a pour figure d'attachement sa grand-mère, qui pendant l'enfance a prit soin d'elle, et lui a donné tout l'amour dont elle a besoin, selon ses propos, la maman malade n'avait pas d'impact sur elle, même si elle a commencé l'entretien avec la phrase « il est difficile de vivre avec une maman malade mentale », mais cette dernière ne semble pas avoir influencé son type d'attachement, et vu les réponses qu'elle a obtenu grâce à l'échelle AAS, nous avons constaté qu'elle a un attachement sécure.

5.1.1.3le cas de Amina 16 ans :

Amina, une jeune adolescente de 16 ans, scolarisée en 4^{ème} AM, d'une maman atteinte de schizophrénie dès sa naissance.

Une jeune adolescente qui paraît à première vue très timide, et introvertis, qui nous parle de sa mère comme s'il s'agissait d'une femme étrangère, sans aucune expression d'amour ou d'affection envers elle.

En parlant à Amina sur la relation parentale et ce que représentent les parents pour elle, elle répond que « les parents doivent prendre soins de leurs enfants, ils

doivent être la quand leur enfant est malade, ou il a peur, les parents c'est la sécurité » en écoutant sa réponse on a demandé à Amina de nous dire qui est ce parent a son avis, son père, sa mère, avec lequel d'entre eux elle se sent protégée, aimée.... Sans hésiter un instant elle nous répond « mon père » parce que ma mère est trop agressive avec nous, surtout moi et mes deux petits frères, elle nous frappe souvent et quand elle s'énerve, on rentre dans notre chambre et ferme la porte jusqu'à ce qu'elle se calme, puis on sort, mais quand papa est la on n'a pas peur, quand il rentre de son travail je devient heureuse.

Pour l'annonce de la maladie de sa mère Amina nous a dit que personne ne lui a annoncé ça, « ma mère a toujours été comme ca, mais quand j'ai grandi j'ai constaté que ce n'était pas normal, et en plus elle consulte chez un psychiatre et elle s'est hospitalisée à maintes reprises, j'ai su qu'elle est malade mais je ne sais pas qui m'a dit, je ne me rappelle pas »

Concernant le climat familial dans lequel a grandi la jeune adolescente, elle nous révèle que c'était pas très agréable, « depuis que j'étais enfant ma mère est comme ça, elle ne parle jamais avec nous, parfois elle essaie de cuisiner, puis elle laisse le feu et elle sort, elle n'arrive jamais à gérer ses tâches à la maison » parfois sans qu'on lui fait quelque chose, et sans faire des bêtises elle nous frappe, et quand papa rentre on lui raconte, elle nie toute l'histoire, elle dit qu'on ne l'aime pas, et on lui veut du mal »

Amina dit : « quand j'ai un problème à l'école ou ailleurs je parle à mon père, mais des fois je ne trouve personne, mon père travaille et ma mère je ne peux lui parler, si je commence à lui raconter mes histoires elle va me frapper, elle me déteste je ne sais pas pourquoi »

J'ai fais plusieurs tentatives de fugues, mais je n'y arrivais pas. Quand je vois toutes les filles de mon âge bien avec leurs mamans, ou avec leurs familles, je me dis pourquoi je ne suis pas comme elles, je n'ai aucune amie à l'école, j'ai peur qu'elles savent sur la maladie de ma mère, c'est honteux. Tout le monde vit la belle vie, mais moi à chaque fois que je rentre de l'école c'est l'enfer, plusieurs fois je me dis aujourd'hui c'est la fin je vais plus revenir à cette maison, mais j'ai peur, je n'ai pas ou aller.

Pour ces relations avec autrui elle dit qu'elle n'a plus confiance en personne, même si on a une amie ou autres, mais personne ne peut ressentir ce que nous on

ressent, on ne peut pas faire confiance aux autres parce que dès qu'ils auront ce qu'ils veulent ils vont changer, tout les gens ont des intérêts.

Tableau : résultat de l'échelle Amina

Sous-échelles	Résultats
Sécure	14
Dépendant	9
Anxieux	20

Interprétation du tableau du cas Amina

On remarque que les résultats de notre cas Amina se situent dans le modèle insécure-anxieux, d'un score de 20 points.

Notre sujet se soucie et s'inquiète sur le fait d'être abandonné. Cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre cinq(05) à item n° (02), « Je ne me soucie pas d'être abandonné »

Dans ses relations, Amina, e se sent pas en confiance, cela se montre dans sa réponse par le chiffre cinq (05) à l'item n°(04). « Dans les relations, je crains toujours que mon partenaire ne m'aime pas vraiment ».

On peut repérer aussi chez elle, un sentiment d'insécurité et de manque de confiance en soi, cela est apparu dans sa réponse par le chiffre quatre(04) à l'item n° (10), « Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudrait pas rester avec moi ».

Synthèse du cas Amina

D'après l'analyse et l'interprétation de l'échelle AAS de la jeune adolescente ainsi que son entretien, nous avons constaté qu'elle n'a pas de relation chaleureuse avec sa mère, la jeune fille de 16ans, vit avec sa mère comme s'il s'agit d'une femme étrangère, elle ne manifeste aucun sentiment d'amour ou d'affection envers elle.

Quant à sa figure d'attachement, la jeune adolescente de 16ans semble être attachée à son père, qui selon elle, il est le papa idéal, et il a réussi à la rendre

heureuse, mais il arrive des fois où ce dernier ne soit pas disponible, vu son travail et ses occupations, la jeune fille se trouve dans ce cas seul et sans appui.

Nous avons donc constaté grâce à ces deux outils que la jeune fille Amina présente un type d'attachement insécure-anxieux.

5.1.1.4 Le cas de Tarek 14 ans

Tarek, un jeune adolescent très actif, âgé de 14 ans, et scolarisé en deuxième année moyen, accompagné par son père pour l'entretien, il semble très intelligent.

Un garçon très bref dans ses réponses, qui n'aime pas trop discuter au sujet de la maladie de sa mère. On lui demandant de nous parler un peu sur la relation parentale, la représentation des parents pour lui, Tarek dit que les parents sont le papa et la maman, il nous parle du rôle de chacun en disant que la maman travaille à la maison, et le papa travaille dehors; pour lui la maman est cette femme qui s'occupe de sa famille, de ses enfants et veille pour leur bien, mais ce n'était pas le cas avec sa mère d'après lui : « maman est très méchante avec nous, elle nous aime pas du tout, plusieurs fois quand on rentre de l'école, on reste plus d'une demi heure devant la porte, on frappe à maintes reprises, mais elle n'ouvre pas, elle reste dedans, et elle nous laisse dehors, plusieurs fois on retourne à l'école l'après midi sans déjeuner, jusqu'à ce que papa nous a inscrit à la comptine de l'école ».

Je me souviens un jour, dit Tarek avec un air intimidé : « je me suis rapproché pour lui faire un câlin et un bisou, elle m'a frappé avec une fourchette » à chaque fois que j'essaie de me rapprocher d'elle, elle s'éloigne, ou elle me frappe avec n'importe quelle chose qu'elle a entre les mains.

En parlant à Tarek sur son enfance, et son vécu avec sa mère, il hésite un peu puis il répond : elle est toujours nerveuse, jamais elle joue avec nous, ou elle nous amène sortir »

C'est mon père qui joue avec nous, il nous raconte des histoires, c'est lui qui fait notre toilette, et c'est lui qui nous prépare à manger, maman ne s'occupe de rien, parfois elle fait le ménage, mais tout d'un coup elle laisse tomber tout, elle repli la maison de l'eau, et elle rentre dans sa chambre pour regarder la télévision.

Pour l'hospitalisation de sa mère Tarek dit qu'il est contre, malgré qu'elle est un peu méchante, et elle me frappe, mais elle me fait de la peine quand je la vois comme ça, je ne veux pas qu'on la ramène tout le temps à l'hôpital, j'aimerais qu'elle se soigne à la maison.

Tarek dit qu'il se sent parfois abandonné, quand il veut dire quelque chose à sa mère, ou quand il veut manger, il ne trouve personne pour répondre à ses besoins : « ma sœur Nadjat travaille, et Amina je ne m'entends pas avec elle, donc je me retrouve seul »

Tableau : résultat de l'échelle de Tarek

Sous-échelles	Résultats
Sécuré	17
Dépendant	21
Anxieux	16

Interprétation du tableau du cas Tarek

Notre sujet présente un caractère de dépendance dans ses relations à autrui, cela est déclaré dans sa réponse par le chiffre deux (02) à item n° 03 « Je trouve difficile de me permettre de dépendre des autres », cela est confirmé dans sa réponse par le chiffre un (1) à item n° 08 « Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on en a besoin ».

Son caractère de dépendance dans ses relations à autrui est étayé par sa conviction que les autres seront là à chaque fois qu'il en aura besoin cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre quatre (04) à l'item n°14 « Je sais que les gens vont être là quand j'aurai besoin d'eux ».

Synthèse du cas Tarek

Un jeune adolescent de 14 ans, très intelligent et très actif, Tarek semble très touché pas sa maladie de sa mère, d'ailleurs il évite au maximum d'en parler.

Il révèle pendant l'entretien qu'il souffre vraiment des comportements de sa mère, il dit qu'elle ne lui ouvre jamais la porte quand il rentre à midi, et reste plusieurs fois à jeun à cause de ça.

La maladie de la maman a eu une grande influence sur Tarek, ce qui peut se voir dans l'analyse de ses deux outils ou on est arrivé à conclure qu'il a un type d'attachement insécure_dépendant.

Synthèse de la famille (A)

La première famille se constitue de 7 enfants, l'entretien a été fait avec 4 d'entre eux, dont les critères répondent à nos exigences.

Atteinte d'une schizophrénie, la mère de cette famille révèle qu'elle est une mauvaise maman, elle dit qu'elle n'arrive pas à assumer ses responsabilités comme une bonne femme ; ses enfants quant à eux, chacun vit la maladie de sa mère selon sa propre vision.

Pour les deux premiers enfants (Aimed et Nadjat) la maladie de la mère n'a pas eu d'influence sur leur vie psychique ou affective, d'ailleurs, pendant l'entretien et d'après leurs propos, la maman n'a jamais été proche d'eux, et elle n'était pas leur figure d'attachement non plus, leur grand-mère était leur source d'amour et de protection, ils la considéraient comme leur maman c'est pourquoi cette carence affective de la part de leur vraie mère n'a pas eu d'impact sur leur développement affectif, on trouve donc dans les items de l'échelle AAS un score élevé pour les réponses Sécure, on retrouve chez Aimed un score de 17 points, et chez Nadjat un score de 21 points.

Pour les deux adolescents, (Tarek et Amina), le résultat est différent, et la maladie de la maman a eu beaucoup d'influence sur leur vie affective, les deux adolescents souffrent d'une carence affective de la part de leur maman, et n'ont pas eu de figure d'attachement disponible qui répond à leurs besoins, contrairement aux deux frères innés, ses deux adolescents n'ont pas eu l'opportunité de partager l'amour et l'affection de leur grand-mère, qui a quitté la vie avant leurs naissances, ils se sont retrouvé donc face à une situation où c'est le papa qui fait les deux rôles à la maison, chose qui rend sa réponse à leurs besoins indisponible et parfois insatisfaisante. Leurs résultats pour l'échelle AAS est de 20 points pour Amina et de 23 pour Tarek dont tout deux sont de type Insécure-anxieux.

Grace à l'entretien avec les membres de la famille et les résultats de l'échelle AAS, on a déduit que les deux enfants innés (Aimed et Nadjat) ont un attachement Sécure, et les deux adolescents (Amina et Tarek) ont un attachement Insécure-anxieux.

5.1.2 La famille (B) :

5.1.2.1 le cas de Samir 30ans

Le cas est dénommé Samir, un homme de 30ans d'une mère souffrante d'une dépression, d'un niveau d'instruction moyen 2ème AS, et d'un statut socio-économique moyen, c'est l'aîné de ses parents, il a un frère âgé de 24ans et une sœur âgée de 18ans avec lesquels nous avons fait l'entretien également.

L'entretien avec Samir s'est bien déroulé à la salle de visite de la psychiatrie, il répond à la plupart de nos questions sans difficulté, il nous a informé qu'il était l'aîné de ses parents et le préféré de sa mère, parce que c'est le seul qui est le plus proche d'elle.

Il dit que sa mère a développé une dépression depuis 3ans, quand il avait 27ans. A ce moment là on lui a demandé de nous raconter son vécu et sa relation avec sa mère pour nous dire : «j'étais très attaché et j'avais une bonne relation avec elle et qui n'était pas compliquée, même quand j'étais petit j'ai reçu tout l'amour d'elle mais après qu'elle est tombée malade tout a changé ».

Je travaille comme un taxieur, un métier que je n'aime pas faire mais que ma situation m'a imposé. Travailler me fait oublier tout mes problèmes.

Ma mère qui était très adorable, elle me surmontait le morale quand je ne vais pas n'était pas bien, la seule à qui je raconte mes problèmes que parce que pour moi c'est difficile de trouver quelqu'un à qui faire confiance raconter ces soucis sans être jugé, pour cela je n'ai pas beaucoup de relations avec autrui.

Ma routine de tout les jours est que, lorsque je finis mon travail je rentre à la maison ma mère m'accueille toujours avec un joli sourire qui me rend heureux et elle me fait tout ce que je veux et je m'amuse vraiment avec elle, mais depuis la mort de ma grand-mère j'ai remarqué un changement radicale de sa part quelques mois après, au début on avait cru qu'elle était dans un état de deuil donc c'est logique quand vous perdez quelqu'un de chère vous vous sentirez mal, mais ma mère a prit beaucoup de temps pour dépasser sa tristesse, sa situation s'aggravait de plus en plus et les choses qu'elle me fait d'habitude comme par exemple : de plaisanter avec moi, de me parler sur le déroulement de mon travail, tout a disparu, on se communiquait plus, je me sens pas abandonné ou rejeté mais j'ai pas aimé ce changement. j'essaie toujours

de la rendre heureuse mais aucun signe qui éprouve son plaisir , elle me disait toujours « je veux pas continuer ma vie je veux juste mourir » c'est ce qui m'a confirmé les dires de ma sœur que ma mère est malade, je ne la croyait pas auparavant parce que elles n'étaient pas bien ensemble, mais puisque c'est elle qui est tout le temps avec ma mère, et vu les paroles de cette dernière sur le suicide et tout j'ai commencé à croire qu'elle est vraiment malade.

Après j'ai décidé de l'amener chez un psychologue qui nous a orienté vers un psychiatre ou elle a eu sa première consultation , elle a été suivie chez lui pendant quelques mois , il nous a révélé que sa maladie date de quelques années, quand j'ai reçu cette nouvelle par le psychiatre j'étais dans un état de choc je n'arrivais plus à accepter se que j'ai entendu.

Quand nous avons demandé à Samir ce qu'il a ressenti par rapport à la première hospitalisation de sa mère il nous à répondu qu'il est mal à l'aise du fait de la voir dans cet état mais il souhaite toujours que sa mère pourra guérir un jour et pouvoir revenir comme avant grâce aux médicaments « Nchallah Atehlou ».c'est la phrase avec laquelle Samir a terminé son entretien avec un grand soupir.

Tableau : résultat de l'échelle AAS de Samir

Sous-échelles	Résultats
Sécure	20
Dépendant	17
Anxieux	16

Interprétation du résultat du tableau de cas Samir

Notre sujet ne rencontre pas de difficultés à rentrer en relation avec autrui. Cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre cinq (05) à l'item N° 01 « Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres ».

Samir constitue une source d'assurance pour lui-même et pour les autres. Cela est déclaré dans sa réponse pare le chiffre cinq (05) à l'item N° 07 « Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un s'approche trop de moi ». Cela est confirmé dans sa réponse par le chiffre un

(01) à l’item N° 09 « Je suis un peu mal à l’aise en étant proche des autres ».

On a repéré aussi chez lui un sentiment de plaisir dans ses relations avec autrui, cela est démontré dans sa réponse par le chiffre cinq (05) à l’item N° 17 « Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour me sentir confortable ».

Synthèse du cas Samir

Samir un jeune homme ambitieux et actif, ayant une maman souffrante de dépression qui remonte à 3 ans de ça, le jeune homme avait à cette époque 27 ans, d’après ses propos, la maladie de sa mère a été causée par la mort de sa grand-mère qui a laissé une mauvaise empreinte sur la psyché de cette dernière.

Samir est un homme qui décharge toute son énergie négative par le travail, il dit dans l’entretien : « Je travaille comme un taxieur, un métier que je n’aime pas faire mais que ma situation m’a imposé. Travailler me fait oublier tout mes problèmes. »

On a remarqué donc que Samir est très attaché à son travail, pour le résultat de l’échelle (AAS), nous avons constaté qu’il est relativement facile pour lui de se rapprocher des autres, et qu’il ne se soucie pas d’être abandonné non plus, pour la disponibilité des gens au cas de besoin, Samir est sûr de la disponibilité et de la proximité de ces derniers.

On a pu déduire donc d’après ses deux outils (l’échelle AAS & l’entretien) que notre cas aurait un style d’attachement sécure, qui infirme donc notre première hypothèse.

5.1.2.2 Le cas d’Ahmed 24ans :

Il s’agit d’Ahmed, un jeune adolescent scolarisé en 3^{ème} année licence, ayant une maman atteinte d’un trouble dépressif.

Ahmed ne semble pas intéressé ou motivé pour l’entretien, il se sent gêné du fait de raconter et de dévoiler, ses problèmes familiaux mais on a réussi à le convaincre et il a fini par accepter.

L’entretien avec Ahmed a été un peu spécial, car ce n’était pas au service de psychiatrie, mais ça s’est passé à la bibliothèque de l’université, car l’hospitalisation

de la maman n'a pas duré longtemps, chose qui nous a amené à le voir dans un autre lieu à part l'hôpital.

Une fois arrivé, il a tout de suite commencé à nous demander en quoi il pourra nous aider. En lui posant des questions sur sa relation avec sa mère il nous dit que « c'est formidable de chercher sur des cas comme ça, car c'est les cas les plus difficiles et plus sensible à prendre en charge ». On lui a demandé de nous informer sur sa relation avec sa maman et le début de sa maladie qui a été depuis 3 ans quand le jeune homme avait 21 ans.

Ahmed nous répond qu'il n'est pas toujours présent à la maison, à cause de ses études qui l'obligent à résider à la cité universitaire vu que leur maison est loin, donc il ne revient pas tout le temps chez lui. Il n'a pas confronté les problèmes vécus à la maison avec sa mère, mais quand il revient chez lui il dit qu'il se sentait comme s'il n'était pas à l'aise, toujours dégoûté, car y'a un manque de communication chez eux, les membres de la famille ne se communiquent presque jamais, surtout après la maladie de sa mère parce elle s'isole et il trouve toujours des obstacles de se rapprocher d'elle.

Il essaie de se rapprocher mais toujours elle s'éloigne et elle dit que la vie n'a pas de goût, se sent fatiguée, elle n'éprouve aucun plaisir et perçoit toutes les choses avec un sentiment tout effroi, Ahmed dit qu'il se sent abandonné de sa part et avec des problèmes et des disputes toujours avec son père, et qu'il ne peut pas supporter de vivre dans cet état et il s'en fuit toujours, il préfère rester avec ses amis, Ahmed dit : « j'ai un seul meilleur ami qui est proche de moi et avec qui je dévoile tout mes secrets et mon vécu et quand je me sens pas bien ou dans un état de stress je m'oriente toujours vers lui parce que c'est un ami d'enfance, à qui je pourrai faire confiance il rajoute ainsi : « c'est difficile de trouver comme lui j'ai confiance en personne à part lui, d'ailleurs je suis connu comme ça, je suis quelqu'un de très discret et je trouve difficile de raconter ou de partager ma vie personnelle. Parce que je trouve que les gens ne sont jamais là quand on a besoin c'est pour ça que je ne suis pas sûr que je puisse toujours compter sur les autres pour être quand j'en ai besoin ».

Quand nous avons demandé à Ahmed comment elle a été sa réaction par rapport à la première hospitalisation de sa mère il nous a répondu qu'il est content parce que il préfère qu'elle soit à l'hôpital, il rajoute ainsi : « au moins on sera pas obligé de la surveiller toute la journée de peur qu'elle se suicide ou qu'elle se fasse quelque chose de mal. »

Tableau : résultat de l'échelle AAS de Ahmed

Sous-échelles	Résultats
Sécuré	20
Dépendant	8
Anxieux	19

Interprétation du tableau d'Ahmed

Notre sujet ne rencontre pas de difficultés à rentrer en relation avec autrui. Cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre cinq (05) à l'item N° 01 « Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres ».

Ahmed constitue une source d'assurance pour lui-même et pour les autres. Cela est déclaré dans sa réponse par le chiffre quatre (04) à l'item N° 07 « Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un s'approche trop de moi ». Cela est confirmé dans sa réponse par le chiffre un (01) à l'item N° 09 « Je suis un peu mal à l'aise en étant proche des autres ».

On a repéré aussi chez lui un sentiment de plaisir dans ses relations avec autrui, cela est démontré dans sa réponse par le chiffre deux (02) à l'item N° 17 « Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour me sentir confortable ».

Synthèse du cas Ahmed

Ahmed, un jeune universitaire, qui paraît à première vue très introverti, un jeune qui n'aime pas trop partager ses douleurs, et préfère refouler ses malheurs, mais malgré la maladie de sa mère Ahmed n'a pas cessé de continuer ses études, il raconte pendant l'entretien qu'il essaie de s'éloigner le maximum du milieu familial plein de conflits, il dit qu'il s'en fuit toujours, il préfère rester avec ses amis », le jeune universitaire n'a pas beaucoup d'amis, mais il dit qu'il en a un proche à qui il raconte tout ses secrets.

Les études d'Ahmed l'obligent à s'éloigner de la maison et de ne pas se confronter beaucoup à ses situations conflictuelles dans lesquelles vivent les membres de sa famille, cela pourrait être la cause de son résultat sur l'échelle

AAS qui montre selon ses réponses sur les items, un style d'attachement sécure avec un score de 20points.

5.1.2.3 Le cas de Sara 18 ans

Il s'agit de Sara, une jeune adolescente âgée de 18 ans, d'une mère souffrante d'un trouble dépressif, elle est scolarisée en troisième année secondaire. Elle est brillante dans ses études, issue d'un statut socio-économique moyen, d'une fratrie qui se compose de trois enfants, un frère âgé de 30ans et autre de 24ans.

Lors de notre entretien avec Sara à la salle de visite de psychiatrie où on lui a posé des questions et elle nous a répondu directement sans avoir aucune difficulté, Ses réponses nous renvoient à son terrible vécu avec sa famille qu'elle est issue d'un milieu familial déjà très compliqué du côté de sa mère qui était devenue dépressive depuis 3ans quand la jeune adolescente avait 15ans. elle nous disait : « j'ai toujours eu des relations compliquées avec ma mère, quand je raconte à papa il ne me croit pas, sachant que j'ai grandi dans un milieu conflictuel, quand j'étais petite, j'ai reçu tout l'amour sauf que tout a changé»

Tout d'abord ma mère, depuis 3 ans c'est moi qu'elle a dans le collimateur, j'ai l'impression qu'elle me transmet son mal-être, elle s'est montrée dominatrice, impulsive envers moi, une femme avec un esprit fermé avec laquelle on ne peut pas parler sans prendre des dimensions énormes, et qu'elle est un peu comme une mère toxique qui étouffait la vie de ses enfants sans se rendre compte.

Pour elle peu importe les circonstances, un enfant doit obéir à ses parents un peu comme si j'étais un chien qui obéira son maître. Elle n'accepte pas de voir que je suis devenu une jeune femme, elle dit : « ce qui me perturbe vraiment, c'est le fait d'entendre à chaque fois ses disputes avec mon père, j'essaie de ne rien écouter de ses histoires et son insistance me rend en colère. »

La réaction de la fille envers sa mère était très difficile d'accepter son changement, selon ses propos : « ce n'est pas facile d'accepter l'idée que ma mère ne revient pas à 100% comme avant mais « Allah ghaleb » c'est le destin, on n'y peut rien faire »

C'était après la mort de sa mère que papa a découvert qu'elle était déprimée parce qu'elle n'était pas comme avant et c'est difficile pour la femme déprimée de

vivre avec des problèmes car elle a besoin de toute la famille dans cette période plus qu'avant.

Dès la découverte de la maladie les problèmes ont augmentés, car mon père s'énerve trop de ma mère, ils se disputent trop il est devenu très agressif avec elle.

Quand nous avons demandé à Sara ce qu'elle a ressenti à la première hospitalisation de sa mère, elle a répondu qu'elle était triste pour elle malgré qu'elles ne fussent pas bien ensemble, mais d'un autre côté elle est contente puisqu'elle allait se faire soigner.

D'après cet entretien on a constaté que sa relation d'avec sa mère était froide et conflictuelle ce qui nous a aidé à constater que le style d'attachement pourrait être insécure.

Tableau : résultat de l'échelle AAS de Sara

Sous-échelles	Résultats
Sécure	14
Dépendant	9
Anxieux	22

Interprétation du tableau du cas Sara

On remarque que les résultats de notre cas Sara se situent dans le modèle insécure-anxieux, d'un score de 22 points.

Dans ses relations, Amina, ne se sent pas en confiance, cela se montre dans sa réponse par le chiffre cinq (05) à l'item n°(04). « Dans les relations, je crains toujours que mon partenaire ne m'aime pas vraiment ».

On peut repérer aussi chez elle, un sentiment d'insécurité et de manque de confiance en soi, cela est apparu dans sa réponse par le chiffre quatre (04) à l'item n° (10), « Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudrait pas rester avec moi »

Synthèse du cas Sara

D'une maman atteinte d'un trouble dépressif, Sara est une jeune adolescente qui souffre vraiment de sa maladie de sa mère, durant tout l'entretien, la jeune fille, n'a pas cessé de raconter son malheur et son vécu désastreux au sein de sa famille et plus spécifiquement avec sa mère.

Nous avons remarqué dans les propos de Sara une froideur absolue à l'égard de sa mère, qu'elle ne montre aucun signe d'amour ou d'affection envers elle, on nous parlant de sa relation avec elle, on a senti qu'elle était un peu gênée, et comme si elle nous parlait d'une femme étrangère qui n'était pas sa mère.

Nous avons remarqué ainsi que la jeune adolescente n'utilise presque pas le nom « maman » dans ses propos et elle le remplace toujours par le pronom « elle », nous avons constaté que c'est aussi difficile pour elle de prononcer ce nom affectueux que de l'éprouver.

Pour le résultat AAS de Sara, nous avons pu déduire d'après ses réponses, qu'il est relativement difficile pour elle de se rapprocher des autres et de faire des relations d'amitié ou d'amour avec autrui, d'après l'analyse de ses réponses nous avons remarqué que la jeune adolescente a un style d'attachement insécure.

Synthèse de la famille (B)

La seconde famille se constitue de (05 enfants), dont l'entretien a été fait avec 3 d'entre eux dont les critères répondent à nos exigences.

La maman dans la famille (B) souffre d'un trouble dépressif, qui remonte à 3 ans. Depuis, les membres de la famille vivent dans un climat conflictuel, caractérisé par un manque de communication.

Les deux frères aînés Samir et Ahmed, ont un attachement sécurisé, et ont chacun son petit monde; Samir qui est âgé de 30 ans, passe la plupart de son temps au travail, c'est le cas d'Ahmed également qui ; ses études à l'université l'ont éloigné de ce climat ambigu.

Pour la jeune Sara, dont le type d'attachement est insécure-anxieux, elle semble très touchée par la maladie de sa mère, et révèle qu'elle en souffre également à son tour.

On pourra remarquer donc que c'est toute la famille qui souffre de la maladie de la maman, mais chacun l'aperçoit à sa façon.

5.1.3 La famille (C)

5.1.3.1 Analyse du cas de Céline 13 ans

Céline, une jeune adolescente âgée de 13 ans, elle est issue d'une fratrie de deux filles, d'une maman atteinte d'un trouble bipolaire.

La découverte de la maladie de la maman a commencé à apparaître avant un an de ça, quand la jeune adolescente avait 12 ans, en lui parlant du début de la maladie, elle nous répond qu'elle n'était pas au courant : « lorsque maman est tombée malade, papa nous a amené à la compagne, chez ma grand-mère, il nous a dit que maman est un peu fatiguée, qu'elle pouvait pas s'occuper de nous, il nous a dit qu'elle doit se reposer un peu, mais il nous a pas dit qu'elle allait être hospitalisée »

En parlant à Céline sur sa relation avec sa mère à l'enfance, elle répond qu'elle avait une bonne relation avec elle, et qu'elle ne s'est jamais senti abandonnée, ou négligée de sa part : « maman est très gentille avec nous, elle n'est jamais sévère, ni agressive avec nous. » dit la jeune fille.

Pour Céline sa maman est la femme, et la maman exemplaire qu'un enfant pouvait avoir, elle rajoute : « je suis vraiment fière de ma mère, malgré que maintenant je sais qu'elle est malade, mais je ne la blâme pas, et mon regard n'a jamais changé envers elle, elle reste ma mère que j'aime, celle qui m'a donné la vie, celle qui m'a protégé durant toute mon enfance, je dois la supporter »

On n'a pas laissé passer cette expression, et Nous avons demandé à Céline de nous expliquer ce qu'elle voulait dire par le mot « supporter » qu'elle a utilisé, elle nous a répondu que malgré que sa mère a changé un peu, mais ça ne l'empêche pas de garder la même relation affective avec elle, elle dit que parfois, je demande quelque chose, elle me dit laisse moi tranquille, je ne veux parler à personne, donc je la laisse, quand elle se calme, elle vient s'excuser, elle est consciente des choses qu'elle fait donc, je la comprend.

A propos de cette présente hospitalisation de sa mère, Céline dit qu'elle lui manque un peu, elle veut qu'elle revienne à la maison : « actuellement c'est ma tante qui s'occupe de nous, elle est venue chez nous quand elle a su que ma mère est

hospitalisée, elle nous fait sortir, elle joue avec nous, elle nous fait plaisir, d'ailleurs elle venait toujours chez nous même avant que maman soit malade. » rapporte l'adolescente.

Concernant le partage de ses confidences, et secrets Céline nous dit, que sa mère et sa tante sont les deux personnes à qui elle en parle, elle dit que y'a des choses que je peux dire à maman et d'autres je préfère les raconter à ma tante.

En parlant de ses relations avec autrui, Céline dit qu'elle a plein d'amis soit à l'école, soit sur les réseaux sociaux, elle dit qu'elle ne fait pas confiance à tout le monde, mais seulement aux gens qu'elle connaît. Nous avons décidé alors de lui passer le questionnaire AAS, ou elle nous a donné les réponses suivantes.

Tableau ; résultat de l'échelle AAS de Céline

Sous-échelles	Résultats
Sécure	20
Dépendant	18
Anxieux	16

Interprétation du cas Céline

On remarque que les résultats de notre cas Nadjet, se situent dans le modèle sécure, d'un score de 20 points.

Notre sujet ne rencontre pas de difficultés à rentrer en relation avec autrui. Cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre cinq (05) à l'item N° 01 « Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres ».

Elle constitue également une source d'assurance pour elle-même et pour les gens qu'elle connaît. Cela est déclaré dans sa réponse par le chiffre trois (03) à l'item N° 07 « Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un s'approche trop de moi ».

Ainsi que dans sa réponse par le chiffre deux (02) à l'item n°(15) « Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi ».

Synthèse du cas Céline

Intelligente, curieuse, et motivée, il s'agit de Céline, une jeune adolescente de 13ans, d'une maman atteinte d'un trouble bipolaire.

La maladie de la mère à Céline ne remonte pas à très longtemps, mais seulement à un an de ça, quand la jeune fille avait à ce moment là 12ans, la fille n'était pas au courant de ça, car le papa les a amené chez leur grand-mère, d'après les propos de l'adolescente, le papa n'a pas voulu que ses filles font face à la rechute de leurs mère.

Céline n'a donc pas vécu les moments ou sa maman était malade, et elle a passé cette période loin de ce climat un peu délicat, pour une fille de 13ans.

La jeune fille semble avoir une relation très chaleureuse et affectueuse avec sa mère, elle dit : « maman est la femme, et la maman exemplaire qu'un enfant pouvait avoir », nous avons constaté donc grâce à l'entretien et l'échelle AAS que la jeune fille partage des sentiments affectueux et chaleureux avec sa mère, et que la maladie de cette dernière n'a pas eu d'influence négative sur leur relation affective.

5.1.3.2 Présentation et analyse du cas de Lyna 15 ans

Il s'agit de Lyna, une jeune adolescente de 15 ans, très brillante dans ses études et très curieuse. Accompagnée par son père un samedi pour l'entretien, elle semble très active.

Nous avons demandé à Lyna de nous parler sur sa vie et le milieu familial dans lequel elle a vécue dès la petite enfance, elle nous a révélé donc qu'elle a eu une vie très heureuse et très joyeuse, elle dit que son père l'aime beaucoup plus que Céline car elle est plus brillante à l'école : « mon père dit toujours à ma sœur qu'il faut me prendre comme exemple, car je suis toujours la première de ma classe »

Pour sa relation avec sa mère, elle dit que c'est aussi une bonne relation, je n'ai jamais vécu des moments difficiles avec maman, même après sa maladie elle est restée gentille avec nous, c'est vrai que parfois elle se sent dégoûtée et n'a plus envie de jouer avec nous et de nous parler, mais elle nous fait pas du mal.

Pour l'hospitalisation de sa maman Lyna dit qu'elle est un peu triste de laisser sa mère à l'hôpital, elle dit : « j'aurai préférée qu'elle se soigne en étant à la maison, mais papa dit que je suis encore jeune pour comprendre sa maladie, il dit qu'elle se sentira mieux en étant à l'hôpital »

Concernant le comportement de sa mère et son changement d'humeur, elle dit que son papa ne les laisse pas à la maison quand il sent qu'elle est malade « dés qu'il la voit un peu malade il nous emmène chez ma grand-mère »

D'après les propos de la jeune adolescente, le papa ne laisse pas ses filles se confronter à des situations où la maman ne va pas bien, il veut que ses filles gardent une bonne image de leur maman, et il ne veut pas qu'elles aient peur de son comportement.

Maintenant qu'elle a un traitement et qu'elle le prend à l'heure, les filles ne trouvent aucune difficulté à vivre avec la maladie mentale de leur maman.

Tableau : résultat de l'échelle AAS de Lyna

Sous-échelles	Résultats
Sécure	21
Dépendant	16
Anxieux	12

Interprétation du tableau du cas Lyna

On remarque que les résultats de notre cas Lyna, se situent dans le modèle sécure, d'un score de 21 points.

Lyna ne rencontre pas de difficultés à rentrer en relation avec autrui. Cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre quatre (04) à l'item N° 01 « Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres ».

Elle constitue également une source d'assurance pour elle-même et pour les gens qu'elle connaît. Cela est déclaré dans sa réponse par le chiffre quatre (04) à l'item N° 07 « Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un s'approche trop de moi ».

Ainsi que dans sa réponse par le chiffre deux (03) à l'item n°(15) « Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi ».

Synthèse du cas Lyna :

Agée de 15 ans, Lyna est une jeune adolescente qui paraît très sage et très calme, une fille qui ; d'après l'entretien avec elle on la sent très mure, et très forte de caractère malgré son jeune âge.

La jeune adolescente, n'a aucune difficulté avec la maladie de sa mère, elle dit que rien n'a changé, et se sent jamais abandonnée puisque elle reçoit toujours l'amour et l'affection dont elle a besoin.

Pour son résultat sur l'échelle AAS, Lyna répond qu'il est relativement facile pour elle de se rapprocher des autres dans la première item. Pour elle sa maman reste la femme exemplaire, et sa maladie n'a rien changé de son côté.

Synthèse de la famille C

Une famille pleine d'amour, et de passion, où les membres de la famille ne semblent pas influencés par la maladie de la maman, qui souffre d'un trouble bipolaire.

Les deux adolescentes Lyna et Céline présentent toutes les deux un attachement sûr, et leur harmonie familiale ne semble pas être touchée, le papa veille à son tour que les filles soient en sécurité, ce qui a favorisé leur vision vis-à-vis de la maladie de leur maman, les filles acceptent la situation sans aucune difficulté, et leur amour et relation avec leur maman n'a pas eu de changement négatif.

5.1.4 La famille(D)**5.1.4.1 Le cas de houari 17 ans**

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui s'appelle houari, ayant une maman hystérique.

Le jeune houari est un adolescent qui ne parle presque pas, surtout concernant la maladie mentale de sa mère, il essaie d'éviter au maximum d'en parler, et à chaque fois qu'on revient au sujet de sa relation avec sa maman il nous fait un sourire jaune, et nous répète la phrase « off dayen toura outehibighara adehedregh felas »

En parlant à Houari sur les parents et ce qu'ils représentent pour lui, il hésite un moment puis répond d'une froideur que les parents sont ceux qui protègent leurs enfants, et les mettent en sécurité : « les parents doivent protéger leurs enfants et veillent sur leur sécurité » mais mes parents sont différents rapporte le jeune adolescent.

En mettant l'accent sur le mot « différents » et ce qu'il veut dire par cela, Houari semble un peu gêné et nous a dit qu'il est quelqu'un de très discret et qu'il n'aime pas trop parler aux autres de ses problèmes : « je n'ai pas l'habitude de parler aux autres de mes soucis, parce que dans cette vie personne ne va être à tes côtés, les gens aiment entendre les problèmes des autres pour passer du temps, alors je préfère ne rien dire sur ça. »

Après avoir expliqué une deuxième fois notre objectif de recherche et notre but et qu'on n'est pas là pour juger quelqu'un, on a réussi à le convaincre, il a commencé alors de nous dire que ses parents sont différents des autres car ils ne se parlent presque pas entre eux, il ne se communiquent presque jamais, il dit : « je n'entend leurs voix que lorsqu'ils se disputent, chacun a sa propre vie, papa rentre du travail, parfois il lit un journal ou il sort faire un tour, maman tout le temps à la maison sans rien faire, elle cherche que des problèmes, quand elle se dispute avec papa elle nous tabasse ».

Houari dit que parfois il s'entend avec sa maman mais parfois non « ça dépend de son humeur » dit-il.

Pour le climat familial dans lequel il a vécu quand il était enfant, Houari dit qu'il n'a pas vraiment aimé son enfance, ni sa vie actuelle non plus, « j'ai vécu dans un climat très désagréable, je ne me souviens jamais que ma mère m'a dit je t'aime ou m'a fait câlin, c'est tellement froid avec elle, mais je sais pas pourquoi je sens que je suis obligé d'être à ses côtés, je sens que si je la laisse seule et qu'elle fasse quelque chose de mal je vais me culpabiliser, ma conscience ne me laisse pas tranquille, je me rappelle quand j'étais petit elle m'obligeait à faire la vaisselle, comme si j'étais une fille, et quand je n'obéis pas, elle me frappe, mais ça ne m'a pas empêché d'aller lui faire des bisous, mais elle ne sent rien de mon côté, comme si je n'étais pas son fils, elle me rejetait toujours, et quand elle voit les gens ou les invités elle me caresse, et fait semblant de m'aimer je ne sais pourquoi tout ça.

Houari est un jeune adolescent qui a refoulé plein de mauvais souvenirs, au moment où il en a eu l'occasion d'en parler, il a tout révélé et tout dévoilé, comme si il attendait que quelqu'un l'écoute et l'aide à sortir de ce tourbillon de mauvais souvenirs.

Tableau : résultat de l'échelle AAS de Houari

Sous-échelles	Résultats
Sécure	13
Dépendant	24
Anxieux	22

Interprétation du tableau du cas Houari

Notre sujet présente un caractère de dépendance dans ses relations à autrui, cela est déclaré dans sa réponse par le chiffre deux (02) à item n° 03 « Je trouve difficile de me permettre de dépendre des autres », cela est confirmé dans sa réponse par le chiffre un (5) à item n° 06 «Je suis à l'aise de dépendre des autres ».

Son caractère de dépendance dans ses relations à autrui est étayé par sa conviction que les autres seront là a chaque fois qu'il en aura besoin cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre quatre (04) à l'item n°18 « Je ne suis pas sûre que je puisse toujours compter sur les autres quand j'en ai besoin ».

Synthèse du cas Houari

Le jeune adolescent Houari a que 17 ans, mais dans sa vie, il a beaucoup vécu avec sa mère qui souffre d'un trouble histrionique, il dit dans l'entretien qu'il n'a jamais eu de belle vie ni avant, ni maintenant non plus, Houari est un jeune adolescent qui refoule ses souffrances, et qui n'aime pas partager ses malheurs avec les autres de peur qu'il soit jugé.

Une froideur intense est exprimée dans ses propos en parlant de sa mère, qui est sa figure d'attachement, puisque d'après lui malgré sa maltraitance à l'égard de son fils, se dernier reste en besoin de ses câlins et tendresse.

Pour son échelle AAS, Houari est un adolescent qui se sent à l'aise de dépendre des autres, on voit ça dans sa réponse sur l'item 06 du tableau, ainsi que sa réponse

sur l'item 18 qui confirme que ce jeune homme dépend des autres et pense qu'il pourra toujours compter sur les autres quand il aura besoin, pour cela et grâce à ses deux outils on a pu déduire que son style d'attachement est insécure-dépendant avec un score de 24 points.

5.1.4.2 le cas de Saïd 13 ans

Il s'agit de Saïd, un jeune garçon à fleur de l'âge, qui ; en écoutant son histoire, on s'est cru parler avec un homme plus âgé, tellement intelligent et attentif qu'il est au courant de tout ce qui se passe autour de lui .

D'une maman hystérique, le jeune de 13ans nous a décrit les caractéristiques du trouble de sa mère comme s'il s'agissait d'un professionnel ; un garçon qui s'inquiète et surveille sa maman en silence.

En parlant avec Saïd sur sa relation avec sa mère, il nous révèle qu'il est vraiment fatigué de son comportement, il dit qu'il aurait aimé avoir une maman qui s'occupe de lui et qui l'aime, il rajoute : « maman ne s'occupe jamais de nous, elle nous prépare jamais à manger, et quand j'ai faim je lui demande du pain ou quelque chose à manger, elle me frappe et elle m'envoi chez ma tante, elle n'aime pas nous voir à ses cotés »

Intimidé, le jeune garçon dit qu'il souffre d'énurésie nocturne, et chaque matin au lieu que sa maman prenne soins de lui et le lave, elle au contraire lui crie dessus et le frappe, il dit qu'il est vraiment désolé pour ce fait mais il n'a pas de solution : « plusieurs fois je me lève le matin je change mes vêtements et je cache ceux que j'ai mouillé d'urine pour ne pas qu'elle les voit »

Saïd n'a jamais connu l'amour maternel selon ses propos, les conditions dont il vit, la situation auquel il a fait face l'ont traumatisé.

Parlant de son vécu avec sa maman, Saïd dit que c'est toujours des disputes entre elle et son papa, il dit parfois ils arrivent jusqu'au divorce, et qu'à chaque fois mon père veut l'envoyer chez ses parents, elle nous demande de le supplier pour la laisser rester, sinon elle s'automutile, elle essaie de se suicider. « La dernière fois elle a essayé de se jeter par le balcon, quand je l'ai vu j'avais vraiment peur, je me suis mets à pleurer et à crier jusqu'à ce que papa est arrivé, et parfois quand elle s'énerve elle s'évanoui, j'ai peur qu'un jour elle mourra » dit t-il.

Le garçon de 13 ans se sent responsable et obligé de surveiller sa maman de peur qu'elle se fasse du mal, il dit que lorsque sa mère est dans sa chambre et qu'elle reste un bon moment sans sortir, il l'appelle en faisant semblant de vouloir quelque chose juste pour confirmer qu'elle va bien.

Maman m'a brûlé mes deux mains avec une cuillère qu'elle réchauffe au fourneau, parce qu'elle a caché des gâteaux et moi je les ai pris et je les ai mangés, mais quand papa est rentré, elle a dit que je jouais à côté du fourneau et je suis tombé, alors que c'est faux, c'est ce qu'elle fait toujours avec moi et même avec mon frère houari, elle nous frappe, elle nous fait du mal, et à côté des gens elle ment et elle dit qu'elle nous aime.

Le jeune garçon de 13 ans a vécu des moments très traumatisants avec sa mère, et ne ressent aucune affection ou amour envers elle d'après ses propos.

Tableau : résultat de l'échelle AAS de Saïd

Sous-échelles	Résultats
Sécure	13
Dépendant	22
Anxieux	25

Interprétation du tableau du cas Saïd

On remarque que les résultats de notre cas Sara se situent dans le modèle insécure-anxieux, d'un score de 25 points.

Dans ses relations, Amina, ne se sent pas en confiance, cela se montre dans sa réponse par le chiffre quatre (04) à l'item n°(04). « Dans les relations, je crains toujours que mon partenaire ne m'aime pas vraiment ».

On peut repérer aussi chez lui, un sentiment d'insécurité et de manque de confiance en soi, cela est apparu dans sa réponse par le chiffre quatre (04) à l'item n° (10), « Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudrait pas rester avec moi ».

Synthèse du cas Saïd

Saïd, le jeune adolescent de 13 ans, qui avec une maman hystérique a vécu les pires moments de sa vie d'après ses propos.

Le jeune Saïd semble ne pas avoir partagé des moments affectueux avec sa mère, d'ailleurs il nous a raconté aucun beau souvenir avec cette dernière pendant notre entretien.

A 13 ans, le jeune adolescent révèle qu'il souffre encore d'énurésie, qui pourrait être d'une cause psychologique. Aucune figure d'attachement, aucune source d'affection, Saïd vit dans un climat flegme. L'échelle (AAS) de Saïd montre donc qu'il se soucie vraiment d'être abandonné, et qu'il craint souvent que son partenaire ne l'aime pas, ce qui montre qu'il a un manque de confiance et une instabilité émotionnelle.

Synthèse de la famille D

La famille D se situe de deux garçons, Saïd, et Houari, ayant une maman hystérique, les deux adolescents présentent un attachement insécure, pour l'ainé Houari l'attachement est insécure-anxieux, et pour le cadet Saïd, le type est insécure-dépendant.

Avec leur maman, les deux garçons ont vécu le pire, ils ont vu de toutes les couleurs, soit des automutilations, tentatives de suicides.... Les jeunes adolescents rapportent qu'ils ne se sentent pas bien et ils n'ont jamais reçu de sentiments d'amour de la part de leur maman, d'ailleurs Saïd révèle qu'il souffre encore d'énurésie nocturne à l'âge de 13ans.

5.1.5 La famille (E)

5.1.5.1 Analyse et présentation de cas de Hacéne 32 ans

Il s'agit un jeune adulte âgé de 32ans d'une mère atteinte d'une schizophrénie, le niveau scolaire de sixième année primaire, issu d'un statut socio-économique moyen, il est l'aîné d'une fratrie de 7 enfants.

Nous avons reçu Hacéne dans la salle de visite de la psychiatrie, il avait l'air enthousiaste et prêt à engager la conversation avec nous, après quelques échanges, d'après ses réponses à nos questions nous avons constaté que Hacéne été élevé dans

un milieu familial plein de problèmes, c'était un terrible vécu, au coté de la mère qui a développé une schizophrénie depuis 28ans quand il avait 4 ans.

Nous avons abordé la question sur l'antécédent familial, il définit la famille comme suit: « la famille pour moi c'est un tout, parce que si la famille est bien construite automatiquement elle donne un bon fils si elle est désorganisée ou perturbée elle donne un mauvais fils, alors c'est la cellule principale ».

Parlant de son vécu, ses souvenirs et sa relation avec sa mère, il s'est montré très ému et commença à nous raconter ; « j'ai passé des mauvais moments avec ma mère plein de souvenirs terribles qui; quand je me rappelle, je me sens dégouté, et très faible comme si je suis le seul qui vit dans cet état, elle essaie toujours d'être contre moi, quand je lui parle elle me rejette comme si je m'adresse pas à elle, elle me répond d'une manière agressive comme si je ne suis pas son fils, je n'essaie même pas de me rapprocher d'elle parce qu'elle me prend jamais dans ses bras ou elle me caresse pour que je ressens de sa sécurité et de son amour maternel. Quand je suis triste ou quand j'ai besoin de lui raconter ce que je ressens, elle s'en fou carrément de se que je raconte, surtout quand je lui demande de prendre son traitement, elle me voit comme son ennemi, et elle me déteste à cause de sa ; elle me dit que tu veux me tuer, et t'en débarrasser de moi »

Hacéne rajoute : « Toujours elle m'énerve surtout quand je rentre à la maison et je la trouve en dispute tout le temps avec mon père puisque elle oublie de faire les tâches de la vie quotidienne, elle est très désorganisée, sans concentration comme si elle ne sait pas quoi faire comme une bonne femme au foyer, elle ne satisfait pas tout nos besoins , je me sens comme une personne abandonnée et rejetée, je ne suis pas toujours à l'aise de rester à coter d'elle toute la journée car elle me rend mal à l'aise et je m'énerve , je ne peux pas la supporter mais « Allah ghaleb d yemma » je ne peux rien faire.

Parfois ma mère essaie de s'isoler et je l'entends parler toute seule comme si ya une personne devant elle qui l'écoute et parle avec elle. Elle dit parfois qu'elle voit des personnes qui passent devant elle qui n'existe pas en réalité elle dit toujours que « ya des personnes qui veulent me faire du mal et me tuer ».

Le jeune homme nous a rajouté qu'il est difficile de vivre avec une mère qui ne donne pas de tout son amour a son fils mais avec l'aide de mon père qui est très proche de moi et qui est mon soutien et j'ai mon oncle qui est la seule personne avec

lequel je peux raconter mes secrets personnels, parce que je ne fais pas confiance aux autres et c'est difficile pour moi d'entrer en relation avec les autres.

Quand nous avons demandé à Hacène comment elle était sa réaction par rapport à l'hospitalisation de sa mère il nous a répondu qu'il est triste et mal à l'aise mais il préfère qu'elle soit à l'hôpital c'est mieux pour elle puisqu'il y a une bonne prise en charge médicamenteuse et psychologique, à la maison elle refuse d'en prendre ses médicaments.

Tableau : résultat de l'échelle AAS de Hacène

Sous-échelles	Résultats
Sécure	18
Dépendant	16
Anxieux	13

Interprétation du résultat du tableau d'Hacène

On remarque que les résultats de notre cas Nadjat, se situent dans le modèle sécure, d'un score de 18 points.

Notre sujet ne rencontre pas de difficultés à rentrer en relation avec autrui. Cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre quatre (04) à l'item N° 01 « Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres ».

Hacène constitue également une source d'assurance pour lui-même et pour les autres. Cela est déclaré dans sa réponse par le chiffre quatre (04) à l'item N° 07 « Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un s'approche trop de moi ».

Ainsi que dans sa réponse par le chiffre trois (03) à l'item n°(15) « Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi ». Cela montre qu'il ne se sent pas gêné, avec les gens qu'il connaît qui se rapprochent de lui.

Synthèse du cas Hacéne

Il s'agit de Hacéne, un jeune homme de 32ans, d'une maman atteinte de schizophrénie, un homme qui ; depuis l'âge de 4ans a vécu avec sa maman des souvenirs terribles d'après lui, il s'est donc imposé un travail qui n'aimait pas, comme une sorte de fugue de cette situation désastreuse.

Malgré son vécu, et ses mauvais souvenirs, le résultat de l'échelle (AAS) d'Hacéne ainsi que son entretien montrent qu'il représente un type d'attachement sécure, et que la maladie de sa mère ne semble pas avoir un impact sur ce dernier.

5.1.5.2 présentation et analyse de cas Tasaadite 28ans

Le cas est dénommé Tasaadite, jeune femme âgée 28ans d'une mère souffrante de schizophrénie, d'un niveau scolaire 3^{ème} année CEM issue d'un statut socio-économique moyen.

L'entretien avec Tasaadite s'est bien déroulé à la salle de visite de la Psychiatrie et semble qu'elle est motivée pour répondre à nos questions, sans avoir de difficultés, elle nous a tout de suite révélé que la maladie de sa mère a commencé dès sa naissance.

A ce moment la on lui a demandé de nous raconter de sa relation et son vécu dans son milieu familial, elle répond alors : « quand j'étais petite je n'avais aucune idée sur la maladie de ma mère mais quand j'ai grandi j'entendais tout le temps des disputes à la maison avec mon père, c'est toujours des problèmes que je ne peux pas résoudre et que je n'arrive pas à supporter ».

Tasaadite était toujours présente à la maison afin d'aider sa mère, elle a prit une grande responsabilité et a remplacé le rôle de sa mère, elle disait : « j'ai vécu de la souffrance avec ma mère, je me sens comme si je n'avais pas une mère qui s'inquiète sur moi ou qui soit heureuse que je grandisse ».

Tout le temps des disputes avec elle, parce qu'elle m'énerve et me rend en colère, je vis toujours des problèmes au point que je ne la supporte plus.

Tasaadite n'été pas proche de sa mère et elle n'essaie pas de discuter toute les deux comme mère et sa fille elle dit « je ne suis pas bien psychiquement parce que je me sens comme une fille perdue et abandonnée et rejetée qui n'a personne pour

l'aidé et rien ne peut me rendre heureuse comme les autres filles de mon âge, car je consacre tout mon temps pour la maison, et je trouve personne à qui je raconte mes douleurs et mon vécu, je n'arrive pas à trouver quelqu'un proche vraiment de moi à qui je pourrai faire confiance, je n'ai presque pas de relation amicale ou amoureuse, je suis grandi toute seule, d'ailleurs je ne me rappelle plus de mon enfance, c'est comme si j'ai ouvert mes yeux, bonjour les problèmes, aucune enfance, aucune belle vie.

Tasaadite parle avec un souffle : « Ma mère avait l'habitude de parler toute seule, sans se rendre compte qu'il y a personne qui parle avec elle et me disait toujours : « je ne veux pas vivre dans cette maison parce que tout le monde me déteste, je veux mourir pour que vous viviez bien sans moi. »

La mère de Tasaadite a essayé de se suicider et c'est son fils qui lui a sauvé la vie, émue et en sanglot elle dit ; « c'était la première fois que j'ai compris que ma mère souffre vraiment de cette maladie, qui est très difficile à supporter parce que ce n'est pas elle seule qui en souffre, mais c'est toute la maison.

Tableau : résultat de l'échelle AAS de Tasaadite

Sous-échelles	Résultats
Sécure	14
Dépendant	26
Anxieux	22

Interprétation du résultat du tableau de Tasaadite

Notre cas Tasaadite présente un caractère de dépendance dans ses relations à autrui, cela est déclaré dans sa réponse par le chiffre quatre (04) à l'item n° 06 « Je suis à l'aise de dépendre des autres » cela est confirmé dans sa réponse par le chiffre cinq (05) à l'item n° 14 « Je sais que les gens vont être là quand j'en ai besoin ».

Son caractère de dépendance dans ses relations à autrui est étayé par sa conviction que les autres seront là à chaque fois qu'il en aura

besoin cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre deux (02) à l'item n°18 « Je ne suis pas sûre que je puisse toujours compter sur les autres quand j'en ai besoin ».

Synthèse du cas Tasaadite

Agée de 28ans, Tasaadite dit qu'elle souffre avec sa mère qui est atteinte de schizophrénie.

La relation mère-fille ne semble pas très chaleureuse, mais plein de problèmes et d'ennui, elle semble en avoir assez, et tellement dégoûtée de cette situation dans laquelle elle vit.

Grandir avec une maman schizophrène semble avoir une importante influence sur son type d'attachement, qui est de type inséure dépendant selon les deux outils que nous avons utilisé.

Synthèse de la famille (E)

D'une maman schizophrène, les membres de la famille (E) semblent très touchés par cette maladie, les propos des deux cas étudiés, montrent qu'ils sont très perturbés par la situation, mais ça n'a pas empêché, le jeune homme Hacéne, d'avoir un type d'attachement sécure, contrairement à sa sœur Tasaadite qui présente un attachement inséure-dépendant.

Tableau récapitulatif des cas étudiés

Les familles	Les cas étudiés	Résultat de l'échelle AAS	Type d'attachement
La Famille (A) Maman schizophrène	Aimed	17	Séure
	Nadjet	21	Séure
	Amina	20	Inséure-anxieux
	Tarek	21	Inséure-dépendant
La famille (B) Maman dépressive	Samir	20	Secure
	Ahmed	20	Secure
	Sara	22	Inséure-anxieux
La famille (C) Maman bipolaire	Lyna	21	Séure
	Céline	20	Séure
La Famille (D) Maman histrionique	Houari	22	Inséure-anxieux
	Saïd	25	Inséure-dépendant
La famille (E) Maman schizophrène	Hacéne	18	Séure
	Tasaadite	26	Inséure-dépendant

Interprétation du tableau récapitulatif

Le tableau précédent représente les cinq (05) familles, dont treize (13) cas étudiés.

Nous pouvons remarquer donc que les membres fraternels de la famille (A) dont la maman souffre d'une schizophrénie, représentent trois types d'attachement, on retrouve alors le type « séure » chez Aimed avec un score de 17 points, ainsi que Nadjet avec un score de 21 points, pour les deux cadets (Amina et Tarek) le style « inséure » est dominant, on remarque un attachement « inséure-anxieux » chez Amina avec un score de 20 points, et un type « inséure-dépendant » chez Tarek avec un score de 21 points.

Pour la seconde famille (B), dont la maman est atteinte d'un trouble dépressif, on retrouve le type d'attachement « sécuritaire » qui est présent chez les deux frères Samir, avec un score de 19 points, et Ahmed avec un score de 21 points, et un type « insécure-anxieux » pour Sara avec un score de 22 points.

La famille (C) ayant une maman bipolaire, présente quant à elle un type d'attachement indifférent, qui est le type « sécuritaire » pour les deux sœurs, ou on le remarque chez Lyna avec un score de 21 points, et chez Céline avec un score de 20 points pour la sous-échelle « sécuritaire » comme nous l'avons cité.

La quatrième famille (D), où on trouve les enfants de cette maman qui souffre d'un trouble hystérique, présentent quant à eux ; un type d'attachement insécure-anxieux pour l'aîné Houari avec un score de 22 points, et un type d'attachement insécure-dépendant avec un score de 25 points pour le cas Saïd.

La cinquième et la dernière famille, qui est la famille (E) dont la maman est également schizophrène, on retrouve un type d'attachement sécuritaire chez Hacène avec un score de 21 points, et un type d'attachement insécure-dépendant chez Tasaadite avec un score de 26 points.

Pour conclure, on pourra dire donc que sur 13 cas, nous avons retrouvé :

07 cas dont le type d'attachement est « sécuritaire » qui sont : **Aimed, Nadjat, Samir, Ahmed, Céline, Lyna, et Hacène.**

03 cas dont le type d'attachement est « insécure-anxieux » **Amina, Sara, et Houari.**

Et 03 cas dont le type est « insécure-dépendant ». **Tarek, Saïd, Tasaadite.**

Discussion des hypothèses

Après avoir présenté les treize cas de notre recherche, cette dernière partie nous permettra une discussion des hypothèses, sur l'éventuelle possibilité d'être confirmées ou infirmées, à travers l'analyse des entretiens cliniques, ainsi que l'analyse de l'échelle AAS de nos cas étudiés, A partir des résultats obtenus grâce à l'analyse, et l'interprétation de ses deux outils, portant sur les treize cas étudiés qui sont « des personnes ayant des mamans atteintes d'une maladie mentale » nous avons pu déduire que :

L'hypothèse qu'on a supposé qui est : « le lien d'attachement chez les personnes ayant une maman atteinte d'une maladie mentale est insécure » a été confirmée partiellement, car nous avons remarqué chez nos cas étudiés que 6/13 ont un style d'attachement « insécure ». tel est le cas avec **Amina, Tarek, Sara, houari, Saïd, & Tasaadite**. Qui présentent des scores élevés pour la sous-échelle « insécure », ces cas sont caractérisés par un sentiment de dépendance, de méfiance vis-à-vis des autres, et d'un manque de confiance en soi et en son partenaire.

Et 7/13 ont un type d'attachement « sécure », Cela est manifesté chez nos cas **Aimed, Nadjet, Samir, Ahmed, Céline, Lyna & Hacène**, qui présentent un style d'attachement sécure, ce qui peut se voir dans les scores élevés pour la sous-échelle « sécure », leur attachement est donc caractérisé par une confiance vis-à-vis des autres et de d'un sentiment de sécurité.

La figure d'attachement fonctionne, en principe, comme un havre de sécurité, une source de réconfort et de protection.

Dans pratiquement toutes les circonstances, les enfants forment un attachement avec leurs soignants primaires, et classiquement avec ceux qui s'occupent d'eux et avec qui ils ont des relations durables, comme leurs grands parents (Prior & Glaser, 2006, p 65).

Mais d'autres personnes, par exemple les grands-parents ou les frères et sœurs plus âgés peuvent également remplir ce rôle. A mesure que l'enfant grandit, d'autres personnes, tels des professeurs ou des entraîneurs sportifs peuvent aussi devenir des figures d'attachement additionnelles.

A l'adolescence et à l'âge adulte, les personnes vers qui les comportements d'attachement sont dirigés changent. (Tarabulsy, Larose, Pederson & Moran, p 186).

Tel est le cas avec Aimed & Nadjet, qui; leur figure d'attachement n'est pas leur maman, mais leur grand-mère qui les a élevé et qui leur a donné toute l'affection et l'amour dont ils ont besoin, Aimed nous a dit durant l'entretien « moi j'ai grandi dans les bras de ma grand-mère, je ne manquais de rien » cette expression a été répétée à maintes reprises, de même avec sa sœur, qui, selon elle, sa grand-mère a

pu remplacer sa vraie maman, au point où, étant enfant, la jeune fille ne savait pas que c'était sa grand-mère elle dit : « ma grand-mère (paix a son âme) se réveillait le matin pour me préparer le petit déjeuner, me lavait, et m'habillait pour aller à l'école, elle s'occupait de moi, je croyais que c'étais elle ma mère »

Nous avons donc constaté que la disponibilité et la proximité de la figure d'attachement de nos deux cas Aimed et Nadjat qui est leur grand-mère a pu faire de leur type d'attachement, un attachement sécure, tout en ayant une maman atteinte d'une maladie mentale.

Selon Bowlby, même une école, un collège ou un groupe de travail peuvent être considérés comme des « figures » d'attachement (subordonnées) à l'adolescence et à l'âge adulte. (Tarabulsy, Larose, Pederson & Moran, P187).

Ce qui peut donc expliquer l'attachement de nos deux cas Samir & Hacéne qui ont chacun une figure d'attachement qui ne représente pas une personne, mais une figure abstraite, comme nous pouvons le voir chez Samir qui est très attaché à son travail, qu'il a commencé dès son jeune âge, il dit : « Travailler me fait oublier tout mes problèmes. », c'est également le cas de Hacéne qui nous a révélé que son travail est le seul endroit où il se repose, il dit qu'il fait des heures supplémentaires rien que pour s'éloigner du climat conflictuel de chez lui, d'après lui : « quand je travaille, ma tête se repose, et je ne pense pas trop »

L'âge et la non confrontation régulière aux situations délicates, et de rechutes de leurs mamans pourrait être la cause de leur type d'attachement sécure, nous avons remarqué donc que le début de la maladie de la maman d'Ahmed remonte à 3 ans, quand ce dernier avait 21 ans, on pourra dire donc qu'il a eu suffisamment d'amour, et d'affection à son enfance ce qui a fait de lui un homme stable sur le plan psychologique, et son style d'attachement. Tel est le cas avec les deux sœurs Lyna et Céline qui ne se confrontent pas et ne vivent pas les moments de détresse de leur maman, leur papa essaie donc de les éloigner jusqu'au rétablissement de l'état de cette dernière chose qui n'a pas influencé négativement sur leur style d'attachement.

Nous avons remarqué donc chez les sept cas précédents un type d'attachement « sécure » ce qui infirme notre première hypothèse.

Tandis que la seconde hypothèse qui est : « les enfants d'une même fratrie de maman atteinte d'une maladie mentale ne présentent pas les mêmes types d'attachement. » a été également confirmée partiellement puisque 4/5 familles ont des membres fraternels présentant différents types d'attachement, ce qui s'exprime

dans la famille (A), la famille (B), la famille (D) & la famille (E), ou les enfants ne présentent pas forcément les mêmes types d'attachement.

Dans la famille (A), nous avons 4 cas, dont Aïmed et Nadjet ont un attachement sécure, et Amina et Tarek ayant un type insécure qui pour Amina est insécure-anxieux, et pour Tarek est insécure_dépendant.

Et 1/5 famille présente deux membres fraternels ayant le même type d'attachement, dont Céline et Lyna qui ont toutes les deux un attachement sécure.

Les facteurs environnementaux « non partagés » peuvent expliquer un fonctionnement différent des frères et sœurs, les facteurs « partagés », quant à eux, visent à rendre les frères et sœurs similaires. (Pinel-jackemin & Gaudron, 2012, p 150)

Pour cela, nous pourrions dire que les différents facteurs et différentes situations dans lesquels sont élevés les membres de la même fratrie influencent sur leur type d'attachement, nous pouvons donc illustrer ça par les cas de la première famille (A) dont les deux frères aînés (Aïmed et Nadjet) qui avaient à leur disposition une figure d'attachement qui répond à leurs besoins qui est leur grand-mère, ont un attachement sécure, contrairement à leurs deux frères (Amina et Tarek) qui n'ont pas eu cette opportunité, ils n'ont pas eu de figure d'attachement disponible et stable ce qui a fait de leur type d'attachement, un attachement insécure.

C'est également le cas avec les trois d'autres familles (B, D, et E) dans lesquels on trouve plus d'un style d'attachement. Ce qui confirme partiellement notre seconde hypothèse.

Conclusion

Conclusion

Conclusion

Dans le cadre de cette recherche, nous avons essayé d'aborder la question du lien d'attachement mère-enfant ainsi que les styles d'attachement chez les membres d'une même fratrie, de maman présentant un trouble psychiatrique.

L'objectif de cette étude intitulée « le lien d'attachement chez les personnes ayant une maman atteinte d'une maladie mentale » était de mettre l'accent et d'accorder une importance particulière à cette population qui ; selon des chercheurs, est une population à risque plus élevé de troubles psychiatriques divers.

Nos questions de départ étaient donc, Quel est le type d'attachement chez les personnes ayant une maman atteinte d'une maladie mentale ? Et Est-ce que les enfants de la même fratrie de maman atteinte d'une maladie mentale présentent les mêmes types d'attachement ?

Et pour la vérification de nos hypothèses, nous avons choisi la méthode clinique où nous avons utilisé les outils suivants :

L'entretien clinique, et l'échelle AAS qui permet à la personne de révéler ses sentiments et son vécu, ainsi que ses expériences sur le lien affectif mère-enfant.

Notre population de recherche été constituée de 13 cas dont 7 étaient du sexe masculin et 6 étaient du sexe féminin, ayants des mamans présentant de différents troubles psychiatriques tel que la dépression, la schizophrénie...

D'après l'analyse du contenu de l'entretien de nos cas étudiés nous avons constaté que les personnes ayant des mamans malades mentales sont des personnes qui souffrent et qui refoulent leurs sentiments, parfois de peur qu'ils soient préjugés et parfois de peur qu'ils soient une surcharge sur leurs mères qui sont déjà malades, nous avons constaté aussi que chacun aperçoit la maladie de sa mère selon sa vision, son tempérament, ses expériences dans la vie.

A partir de l'analyse de l'échelle AAS de nos cas étudiés, on est arrivée à vérifié nos hypothèses, pour la première qui est : les personnes ayant une maman atteinte d'une maladie mentale ont un attachement inséure, on a remarqué chez quelques cas un attachement séure, ce qui nous a donc confirmé notre hypothèse partiellement.

Pour la seconde hypothèse qui est : « les enfants d'une même fratrie de maman atteinte d'une maladie mentale ne présentent pas les mêmes types d'attachement » on a également pu la confirmer partiellement, puisque d'après l'analyse des échelles des membres de la même fratrie, on a pu avoir des types d'attachement différents, on a pu donc constaté que les personnes de la même fratrie ayant une maman atteinte d'une maladie mentale n'ont pas forcément le même type d'attachement.

Notre recherche nous a aidé à partager le vécu de cette tranche de la population, qui souffre en silence, sans avoir un soutien psychologique dont ils ont vraiment besoin, la maladie mentale est une maladie qui ; seul le patient est atteint mais toute la famille en souffre.

Liste bibliographique

Bibliographie

1. Adolph, J., Esperet, E. (1999). **Manuel de psychologie de l'enfant**. Sprimont, Belgique : Margada.
2. Ainsworth, M. (1989). **Attachment beyond infancy**. *American Psychologist*. 44, 709-716.
3. American Psychiatric Association. (2015). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5** ®. (5e éd.). J-D, Guelfi et M-A, Croq.Elsever: Masson .
4. Baudier, A. Céleste, B. (2010). **Le développement affectif et social du jeune enfant**. (3é éd).Paris : Armand colin.
5. Benony, H., Chahraoui, KH. (1999). **L'entretien clinique**. Paris : Dunod
6. Bloch .H et al, (1992). **Grand dictionnaire de la psychologie**. Paris : Larousse.
7. Bowlby, J., (1969). **Attachement et perte**. Vol .1 .paris : puf.
8. Caulier, C .Van Leuven, F. (2017). **Grandir avec des parents en souffrance psychique**. Paris : L' Harmattan.
9. Colletta, J-M. Tcherkassoh, A. (2003). **Les émotions : Cognition, Langage et développement**. Sprimont, Belgique : Margada.
10. Cooper, PJ. Murray, L. (1998). **Post natal depression, a clinical review**, Br. J. Psychiatry. 316, 1884-1886.
11. Chahraoui, KH., Benony.H., (2003). **Méthodologie, évolution et recherche en psychologie** : paris, Dunod.
12. Chamberland, C. L'éveillés, S .Trochmé, N. (2007). **Enfants à protéger parents à aider** : presses de l'université du Québec.
13. Doré, N., Hénaff, D., (2008). **Mieux vivre avec notre enfant de la grosses à 2ans**. Canada : Québec.

14. Huber, W., (1987). **La psychologie clinique aujourd'hui**. (2^e éd) : Margada. retrieved from <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294743382.html>
15. Intégration sociales des individus souffrant de maladies mentales. (ND). **L'évolution de la perception des maladies à travers les époques**. Retrieved from. <https://diamaladiesmentales.wordpress.com/historique>.
16. Gagnon, A., (2006). **Les styles d'attachements, le contexte familiale et les troubles de comportements sérieux chez l'adolescent et l'adolescentes prise en charge par le centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-jean : Université du Québec a Chicou**.
17. Gallon, E., (2012). **Cancer de sein et sentiment de guérison : Impact de l'hormothérapie lors de l'après-cancer chez la femme ménopausée**. Université Aix Marseille
18. Guédeney, A., Guédeney, N. (2009). **L'attachement approche théorique du bébé à la personne âgé**. (3^e éd). Paris : Masson.
19. Guédeney, N., (2010). **L'attachement, un lien vital**. : Paris. Fabert.
20. Leblanc, S., (2007). **La théorie de l'attachement pour comprendre les difficultés d'apprentissage et les troubles du comportement chez les jeunes de milieux défavorisés à risque de mauvais traitements**. : Université de Montréal.
21. Laidli, M., (2007), **30.000 malades mentaux en Algérie**, retrieved from http://www.lemidi-dz.com/index.php?operation=voir_article&id_article=sante@art1@2007-10-10
22. **Le partenaire santé et beauté idéal**. (2012). **Les 5 maladies les plus connues**. retrieved from <http://www.e-sante.fr/5-maladies-mentales-plus-connues/actualite/1526>
23. Lussier, Y., Bélanger, C., Sabourin, S., (2017). **Les fondements de la psychologie du couple**. : Presses de l'université du Québec.

24. Minuchin, S., Elizur, J., (1989). **Maladie mentale et hôpital psychiatrique: Famille, psychothérapie et société** : de Boeck.
25. Organisations mondiale de la santé. (2017) .**Classification internationale des maladies et des problèmes se santé connexes CIM10** . : MASSON
26. Pierre, L., (2002) **Émotions et rationalité moral** : paris .Puf.
27. Pinel- Jacquemin, S., Gaudron, CH., (2012) (enfance).**Système familial et relation d'attachement entre parents et enfant perçues par les frères st sœurs**. (N°2) : université Toulouse.
28. Prior, V., Glaser, D., Hallet, F., Guédeney, N., (2010). **Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement : théorie, preuve et pratique**. (1er éd) : Bruxelles.
29. Rapport sur la santé dans le monde (2001).**Impact des troubles et du comportement** .retrieved from www.who.int/whr/2001/en whr01.Ch2-FR. PDF.
30. Roland, J-A. Esperet, E. (1999) .**Manuel de psychologie de l'enfant**. Belgique : Sprimont.
31. Savard, N. (2010). **La théorie de l'attachement**. (N°13) .Dossier thématique : ONED.
32. Sophie, A. Mintz, B. (2011).**L'apport de la théorie de l'attachement aux soins dans un CAMSP** : ERES.
33. Sillamy, N. (2003) « **Dictionnaire de psychologie**» .Paris : La rousse, veuf.
34. Tarabulsy, G. Larose, M. Pederson, D. Moran, G. (2003). **Attachement et développement: le rôle des premières relations dans le développement humain** : Presses de l'université du Québec.

ANNEXES

ANNEXE N° 01 : Le guide d'entretien

Axe 1 : Données personnelles :

Nom :

Prénom :

L'âge :

Niveau d'instruction :

Fonction :

Situation familiale :

Axe 2 : renseignement sur le parent malade (patient) :

Nom :

Prénom :

L'âge :

Niveau d'instruction :

Fonction :

Type de la psychopathologie :

Début de la maladie :

Première hospitalisation :

Axe 3 : la relation parentale :

- Que représentent les parents pour vous ?
- Est-ce que vous vous entendez bien avec votre parent malade ?
- Qui est à votre avis un parent exemplaire ?
- Dans quel climat familial avez-vous vécu dans votre enfance ?

Axe 4 : la découverte de la maladie du parent :

- Quand avez-vous découvert la maladie de votre parent ?
- Qu'avez-vous ressenti lors de l'annonce de cette maladie ?
- Quel âge aviez-vous quand on vous a informé
- Ressentez vous un refus ou un changement de la part de votre parent ?
- est ce que vous vous sentez abandonné(e) ?
- Est-ce que vous partagez vos confidences avec votre parent ?
- Vers qui vous vous dirigez lors d'un problème ou d'un échec ?
- Est-ce que vous trouvez une difficulté à faire des relations avec autrui ?
- Est t-il difficile pour vous de faire confiance aux autres ?

Axe n°02: Adult Attachment Scale (Collins & Read, 1990)

Please read each of the following statements and rate the extent to which it describes your feelings about romantic relationships. Please think about all your relationships (past and present) and respond in terms of how you generally feel in these relationships. If you have never been involved in a romantic relationship, answer in terms of you think you would feel.

Please use the scale below by placing a number between 1 and 5 in the space provided to the right of each statement.

1-----2-----3-----4-----5

Not at all

very

Characteristic

characteristic

Of me

of me

1. I find it relatively easy to get close to others.....
2. I do not worry about being abandoned.....
3. I find it difficult to allow myself to depend on others.....
4. In relationships, I often worry that my partner does not really love me.....
5. I find that others are reluctant to get close as I would like.....
6. I am comfortable depending on others.....
7. I do not worry about someone getting too close to me.
8. I find that people are never there when you need them.....
9. I am somewhat uncomfortable being close to others
10. In relationships, I often worry that my partner will not want to stay with me.....
11. I want to merge completely with another person.....
12. My desire to merge sometimes scares people away.....
13. I am comfortable having others depend on me.....
14. I know that people will be there when I need them.....
15. I am nervous when anyone gets too close.....

- 16. I find it difficult to trust others completely.....
- 17. Often, partners want me to be closer than I feel comfortable being.....
- 18. I am not sure that I can always depend on others to there when I need them.....

Scoring instruction for the original Adult Attachment Scale

The scale contains three subscales, each composed of six items. The three subscales are CLOSE, DEPEN, and ANXIETY. The CLOSE scale measures the extent to which a person is comfortable with closeness and intimacy. The DEPEND scale measures the extent to which a person feels he/she can depend on others to be available when needed. The ANXIETY subscale measures the extent to which a person is worried about being abandoned or unloved.

Original scoring:

Average the rating for the six items that compose each subscale as indicated below.

Scale items

CLOSE	1 7 9 13* 15* 17*
DEPEND	3* 6 8* 14 16* 18*
ANXIETY	2* 4 5 10 11 12

*items with an asterisk should be reverse scored before computing the subscale mean.

Alternative scoring:

If you would like to compute only two attachment dimensions--attachment anxiety (model of self) and attachment avoidance (model of other) – you can use following scoring procedure:

Scale	items
ANXIETY	2* 4 5 10 11 12
AVOID	1* 3 6* 7* 8 9 13* 14* 15* 16 17 18

*items with an asterisk should be reverse scored before computing the subscale mean.

Annexe N°01 : les réponses du premier cas AIMED aux items de l'échelle AAS

N°	Items	Réponses				
		1	2	3	4	5
1	Je trouve qu'il est relativement facile de me rapprocher des autres					X
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné			X		
3	Je trouve difficile de me permettre de dépendre des autres				X	
4	Dans les relations, je crains toujours que mon partenaire ne m'aime pas vraiment		X			
5	Je trouve que les autres sont souvent réticents à se rapprocher autant que je le voudrais		X			
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres		X			
7	Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près de moi				X	
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on a besoin		x			
9	Je suis un peu mal à l'aise en étant proche des autres				X	
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudrai pas rester avec moi	X				
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne			X		
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les autres	X				
13	Je suis à l'aise avec les autres qui dépendent de moi				X	
14	Je sais que les gens vont être là quand j'en ai besoin			X		
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi				X	
16	Je trouve qu'il est difficile de faire complètement confiance aux autres					X
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour que je me sente confortable		X			
18	Je ne suis pas sûre que je puisse toujours compter sur les autres quand j'en ai besoin			x		

