

**Hassan Rahioui**

# **LA THÉRAPIE INTÉGRÉE D'ATTACHEMENT**

Préface de Boris Cyrulnik

**RELATIONS**

**é**ditions**rès**

# Table des matières

PRÉFACE, <i>Boris Cyrulnik</i> .....	9
INTRODUCTION	
POURQUOI UNE NOUVELLE THÉRAPIE ? .....	13
La théorie de l'attachement.....	18
La thérapie intégrée d'attachement (TIA).....	19

## PARTIE I

### LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT COMME CADRE DE RÉFÉRENCE

1. À L'ORIGINE.....	25
John Bowlby (1907-1990).....	26
Mary Ainsworth (1913-1999).....	30
Les bases de la théorie de l'attachement.....	31
<i>Continuité et stabilité de l'attachement</i> .....	35
<i>Aspects culturels</i> .....	35
L'attachement chez l'adulte.....	36
<i>Stratégie d'attachement primaire</i> .....	37
<i>Stratégies d'attachement secondaires</i> .....	37
<i>Évaluation de l'attachement</i> .....	38
2. LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT ET LES AUTRES CADRES THÉORIQUES.....	43
La psychanalyse.....	43
La thérapie interpersonnelle.....	45
La thérapie cognitive et comportementale.....	45
La thérapie systémique.....	47

3. ATTACHEMENT ET PSYCHOPATHOLOGIE .....	49
Une psychothérapie référée au système d'attachement.....	52
En débat.....	55

**PARTIE II**  
**LA TIA, UN MODÈLE SINGULIER**

4. PRÉSENTATION GÉNÉRALE .....	59
Le cadre thérapeutique .....	59
La psychopathologie .....	60
La relation thérapeutique .....	63
<i>Le transfert au sens de la psychanalyse.....</i>	63
<i>La projection selon la théorie de l'attachement.....</i>	64
<i>En séance.....</i>	68
L'alliance de travail .....	71
5. L'INTERVENTION.....	75
Indications.....	75
Niveau 1 : activation récente du système d'attachement.....	76
Niveau 2 : quand l'insécurité est fixée dans les relations précoces.....	77
Un principe : cibler l'insécurité d'attachement.....	77
Structure de l'intervention .....	79
<i>Le remaniement, une étape charnière.....</i>	81
Les techniques spécifiques.....	83
<i>Niveau 1.....</i>	83
<i>Niveau 2.....</i>	83
Les stratégies thérapeutiques .....	84
<i>Niveau 1.....</i>	84
<i>Niveau 2.....</i>	85
Les moments de rupture.....	86
<i>Quand la relation thérapeutique est en jeu .....</i>	87
<i>Menace sur l'alliance de travail.....</i>	87
<i>La conduite de la thérapie.....</i>	88
<i>La notion de pré-rupture.....</i>	88

**PARTIE III**  
**NIVEAU 1 : L'ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ**

6. UN TRAVAIL CENTRÉ SUR LES INTERACTIONS	
D'ATTACHEMENT ACTUELLES .....	93
Psychopathologie de l'EDC .....	93
Recommandations de prise en charge thérapeutique .....	94
Principe de l'intervention .....	95
Les cinq étapes et leurs objectifs .....	96
Les techniques spécifiques .....	97
<i>Analyse de la dysrégulation émotionnelle stratégique (ADES)</i> ..	98
<i>Réélaboration représentationnelle (RR°)</i> .....	103
<i>Conception des interactions d'attachement (CINA)</i> .....	109
Les stratégies thérapeutiques .....	120
La conduite thérapeutique .....	120
<i>L'exploration</i> .....	120
<i>La clarification</i> .....	121
<i>La réflexivité</i> .....	122
<i>La psycho-éducation</i> .....	122
Retour sur les moments de rupture .....	123
<i>La relation thérapeutique</i> .....	123
<i>L'alliance de travail</i> .....	123
7. LES INDICATIONS .....	125
Le conflit conjugal attachemental (relation en cours) ..	125
<i>Objectifs et stratégies de l'intervention</i> .....	126
<i>Une stratégie spécifique : la résolution de conflit</i> .....	127
<i>Vignette clinique</i> .....	138
La dépression du post-partum (relation en devenir) ..	156
<i>Tableau clinique et données générales</i> .....	158
<i>Psychopathologie</i> .....	161
<i>Contexte d'émergence</i> .....	162
<i>Objectifs et stratégies de l'intervention</i> .....	165
<i>Mise en œuvre</i> .....	166
<i>Vignette clinique</i> .....	176
Le deuil pathologique (relation interrompue) .....	181
<i>Deuil normal versus deuil pathologique</i> .....	182
<i>Le deuil prolongé</i> .....	184
<i>Le deuil selon la théorie de l'attachement</i> .....	186
<i>Tableau clinique</i> .....	190

<i>Objectifs et stratégies de l'intervention</i> .....	192
<i>Mise en œuvre</i> .....	193
<i>Vignette clinique</i> .....	197

## PARTIE IV

### NIVEAU 2 : AVOIR ÉTÉ AIMÉ OU NON

8. L'INTERVENTION.....	207
Cadre thérapeutique et psychopathologie.....	207
Une insécurité ancienne et intense.....	208
La synchronisation cognitivo-émotionnelle : une technique spécifique.....	209
Stratégies thérapeutiques.....	210
<i>La transition de situation (TDS)</i> .....	211
<i>Confrontation de la mémoire sémantique     et de la mémoire épisodique</i> .....	212
<i>Souvenirs et attachement</i> .....	213
<i>La mémoire</i> .....	213
<i>Mémoire et attachement</i> .....	214
L'estime de soi (EDS).....	215
Le récit rétrospectif.....	216
Stratégies, conduite thérapeutique, moments de rupture.....	217
9. LES INDICATIONS.....	219
Le trouble dépressif persistant (TDP).....	219
<i>Objectif et modalités</i> .....	220
<i>Le remaniement</i> .....	221
<i>L'investissement et la terminaison</i> .....	225
Les addictions.....	225
<i>Psychopathologie</i> .....	226
<i>Le processus addictif</i> .....	227
<i>Les possibilités thérapeutiques</i> .....	228
<i>Le principe</i> .....	228
<i>Mise en œuvre</i> .....	229
Le trouble de la personnalité limite.....	232
<i>Une étiologie neurodéveloppementale...</i> .....	233
<i>... ou attachementale ?</i> .....	234
<i>Une étiologie double</i> .....	234
<i>Prise en charge</i> .....	235

**PARTIE V**  
**UNE APPROCHE DE SOIN EXTENSIBLE**

10. LA TIA CHEZ L'ADOLESCENT.....	243
L'attachement à l'adolescence.....	244
Sexualité et attachement.....	247
Le syndrome dépressif chez l'adolescent.....	248
Psychopathologie.....	249
La relation thérapeutique.....	251
Les indications.....	251
<i>Prise en charge dans le cadre de l'EDC.....</i>	251
<i>Objectifs et stratégies de l'intervention.....</i>	252
<i>Mise en œuvre.....</i>	253
11. LA THÉRAPIE DE COUPLE INTÉGRÉE D'ATTACHEMENT (TCIA).....	257
En pratique.....	258
L'intervention.....	260
<i>Évaluation.....</i>	260
<i>Engagement.....</i>	262
<i>Remaniement.....</i>	263
<i>Investissement.....</i>	264
<i>Terminaison.....</i>	265
12. LA THÉRAPIE FAMILIALE INTÉGRÉE D'ATTACHEMENT (TFIA).....	267
Conception de la TFIA.....	268
Évaluation : adolescent et parents (1 séance).....	270
<i>Engagement : l'adolescent (1 séance).....</i>	270
<i>Engagement : les parents (1 séance).....</i>	271
<i>Remaniement : l'adolescent (3 séances).....</i>	271
<i>Remaniement : les parents (2 séances).....</i>	272
<i>Investissement : adolescent et parents (1 séance).....</i>	273
<i>Investissement : adolescent et parents séparés (2 fois 1 séance).....</i>	273
<i>Investissement : adolescent et parents ensemble (1 séance).....</i>	274
<i>Investissement du réseau : l'adolescent (3 séances).....</i>	274
<i>Terminaison : adolescents et parents (1 séance).....</i>	274
13. COUNSELING BASÉ SUR L'ATTACHEMENT (CBA).....	275
L'approche en pratique (6 séances).....	276

14. INTERVENTION BASÉE SUR L'ATTACHEMENT (IBA).....	277
L'approche en pratique (10 séances).....	278
15. L'AVENIR D'UNE THÉRAPIE.....	281
Les validations scientifiques.....	281
<i>Thérapie intégrative pour mésusage de cannabis</i> <i>chez l'adolescent (TIMCA)</i> .....	283
EDC.....	283
Les formations.....	284
BIBLIOGRAPHIE.....	287
REMERCIEMENTS.....	309
L'AUTEUR.....	311

## Préface

Pourquoi le mot « attachement » est-il devenu scientifique en 1951 ? Avant, c'était un mot de tous les jours, ce n'était pas un concept. Mais la Seconde Guerre mondiale avait massacré 60 millions d'adultes, et plusieurs millions d'orphelins étaient devenus des enfants d'une violence extrême. L'OMS avait demandé à John Bowlby de faire une enquête pour expliquer ce phénomène. La réponse fut claire : c'est la carence en soins maternels qui provoque la violence des petits garçons. Margaret Mead fut indignée et riposta que les enfants n'avaient pas besoin d'affection pour se développer, et que c'était une invention des hommes pour empêcher les femmes de travailler. Ces deux réactions opposées et conflictuelles sont explicables par le choix malheureux du titre retenu pour le rapport de Bowlby, et par la réaction indignée de la grande anthropologue. C'est pourquoi Hassan Rahioui nous propose une méthode d'observation de l'attachement et une manière précise de formuler les questions lors des entretiens.

John Bowlby avait une formation de travailleur social avant de devenir psychanalyste à la Tavistock Clinic, à Londres. Une observation de terrain n'est pas une observation de laboratoire, le recueil des données est différent, mais la précision clinique n'empêche pas de profiter des publications scientifiques. John Bowlby a mis longtemps pour modifier le titre de son rapport, devenu « 44 voleurs en carence affective », qui permettait de ne plus inculper les mères et de préciser que c'était l'appauvrissement de stimulations sensorielles que la figure d'attachement n'avait pas pu fournir qui ne sécurisait plus l'enfant et expliquait ses pulsions agressives. La violence

avait été nécessaire pour ne pas mourir, mais l'enfant n'avait pas eu l'occasion d'apprendre à maîtriser ses pulsions.

Méfions-nous des idées simples, la réalité est complexe nous dit Hassan Rahioui, se référant à Edgar Morin. Alors, il propose aux psychothérapeutes un modèle de questions pour préciser les mots et rendre claires des idées complexes. Lui-même s'emploie à préciser les quatre catégories d'attachement habituellement récitées par les étudiants et les praticiens : l'attachement sécure représente 70 % des enfants dans un pays en paix (contre 62 % en 2025 dans une atmosphère de guerre), 30 % sont insécures, ce qui ne veut pas dire pathologique, et 5 % sont désorganisés, ce qui est plus inquiétant. Hassan Rahioui nous dit que la catégorie d'attachement évitant n'est probablement pas cohérente. La distance émotionnelle et la faible expressivité de l'attachement peuvent être dues à des causes différentes : timidité, craintivité, hypervigilance des enfants maltraités, ou même contrôle excessif de l'expression de ses émotions. Surtout, nous explique l'auteur, la plasticité neurologique s'associe à la plasticité des comportements, qui dépendent beaucoup des relations. Un enfant peut être sécure avec sa mère et insécure avec son père. Tout ce qui est vivant évolue : le climat, l'eau, les plantes, les animaux, les êtres humains et les sociétés. Dans un pays en guerre ou en bouleversement social, le pourcentage des enfants sécures peut descendre jusqu'à 50 %, et celui des enfants désorganisés, monter jusqu'à 20 %. Cette plasticité révèle la possibilité de changement, donc de psychothérapie. Et c'est là que le texte de Hassan Rahioui va nous être utile. En apprenant à bien nommer les choses, à bien poser les questions, les entretiens d'attachement peuvent orienter le monde mental des enfants et réaliser une psychothérapie d'accompagnement. Un système d'attachement peut être activé ou désactivé, nous dit l'auteur, selon les circonstances extérieures, mais aussi selon la qualité de l'entretien psychothérapeutique.

Cette attitude intégrative n'exclut aucun domaine du savoir car c'est la relation qui compte. Les données biologiques sont explicatives, ce qui n'exclut pas l'affectivité, et surtout pas les pressions socio-culturelles. L'auteur se situe dans la lignée écosystémique d'Edgar Morin, qui aujourd'hui a convaincu

un grand nombre de chercheurs et de praticiens. La psychanalyse prend sa place dans cette nouvelle épistémologie interpersonnelle.

Ce livre précise la théorie de l'attachement, mais aussi ses applications pratiques. Il arrive à point dans notre culture aujourd'hui où nous devons remettre en question l'enfant, son contexte familial, notre culture et nous-mêmes.

C'est une réflexion salutaire et une méthode claire que propose ici Hassan Rahioui à tous les praticiens, les chercheurs et les parents – car ils sont aussi des praticiens.

Boris Cyrulnik

Neuropsychiatre, directeur d'enseignement,  
université Toulon-Var et université de Mons (Belgique)



# Introduction

## Pourquoi une nouvelle thérapie ?

L'idée d'envisager une nouvelle thérapie vient d'un constat clinique, celui de difficultés rencontrées dans la prise en charge de patients avec une insécurité sur un plan attachementnel, notamment ceux présentant une insécurité importante.

En outre, l'incorporation d'éléments spécifiques issus de la théorie de l'attachement au sein de la thérapie interpersonnelle (TIP), que nous avons consignée dans un ouvrage (Rahoui, 2016), a laissé comme un goût d'inachevé. De réelles améliorations ont été obtenues grâce à cette modification auprès de personnes dont l'insécurité n'était pas profonde. En revanche, ce n'était plus le cas pour celles profondément perturbées par leur insécurité, pour lesquelles nous avons senti que quelque chose manquait encore, quelque chose venant des profondeurs et nécessitant une prise en considération qui ne se limiterait pas au relationnel actuel du sujet.

La réussite n'était donc pas totale, en tout cas pas pour tous les patients. Raison pour laquelle nous avons entrepris de réaliser une étude pilote visant le trouble dépressif persistant (TDP) (Kheirallah, Belbèse et Rahoui, 2025), qui résiste encore aux psychothérapies classiques et représente l'illustration parfaite des pathologies rencontrées chez les patients franchement handicapés par leurs insécurités d'attachement.

Cette investigation, outre le fait qu'elle nous a renseignés sur la nature des liens qu'entretient l'attachement avec le TDP (Raccah, Kheirallah et Rahoui, 2023), a surtout permis de comprendre que la question de l'estime de soi était au cœur du vécu douloureux des patients. Par conséquent, la seule voie possible pour l'amélioration de cette valeur qui, selon nous,

représente l'essence même du sujet en tant que fondement de son bien-être, était la visite de son enfance, l'objectif étant de lui permettre d'identifier dans la mesure du possible, la dynamique interactionnelle originelle avec ses parents et de l'analyser en la contextualisant, de sorte qu'il puisse s'en détacher avec la promesse d'une revalorisation de soi, forgée sur de nouvelles bases.

Cela constitue le principe même de la thérapie intégrée d'attachement (TIA), appliquée ici à ce que nous appelons le niveau 2, la notion de niveau se rapportant à une gradation faisant référence au degré d'insécurité estimé chez le patient. De ce fait, une adaptation aux profils des patients est proposée, répondant ainsi aux critères recommandés par l'Association américaine de psychologie (APA, 2006).

De plus, cette expérience de thérapie interpersonnelle (TIP) basée sur l'attachement s'est avérée des plus utiles, dans la mesure où elle nous a montré que l'enrichissement d'une approche comme la TIP, sans modification au préalable de son cadre thérapeutique, n'est pas une démarche opérante. Globalement, nos constats cliniques ont été corroborés par la méta-analyse de Levy et ses coll. (2018), dont les résultats montrent que les patients avec un attachement sécurisé ont de meilleures évolutions en psychothérapie.

Dès lors, se pose la question : comment prendre en charge de manière optimale ces patients avec un profil réfractaire, et à l'aide de quelle thérapie se fondant sur l'attachement ? Ce qui amène une autre interrogation : qu'est-ce qu'une thérapie basée sur l'attachement ?

Le moins que l'on puisse dire, c'est que la théorie de l'attachement a le vent en poupe, et le passage de la psychopathologie à la psychothérapie commence à être exploré. Profitant de cet élan, des thérapies déjà existantes s'intéressent de plus en plus au courant bowlbien. Disposer d'une approche susceptible d'améliorer l'état des patients présentant une insécurité d'attachement constitue une belle perspective. Néanmoins, cette effervescence, pour autant qu'elle soit porteuse d'espoir, nécessite une clarification. En effet, des confusions règnent entre ce qui se fonde sur l'attachement, avec une intégration conceptuelle totale au cadre thérapeutique, et ce qui est

informé par l'attachement, se limitant uniquement à donner un éclairage sur ce qui mobilise le sujet vis-à-vis de sa relation problématique, sans que cela soit repris d'une manière ou d'une autre dans le soin. Dans ce cadre, une orientation assez singulière concerne l'œuvre de certains psychanalystes britanniques dont la pratique fait co-exister l'attachement et la psychanalyse, tout en préservant le cadre thérapeutique analytique et sa base conceptuelle, considérant l'insécurité d'attachement comme un conflit intrapsychique. Or, ce positionnement est antinomique avec le sens premier de la théorie de l'attachement, dont la focalisation se trouve être le vécu interactionnel du sujet. Bowlby ne s'était-il pas éloigné de la psychanalyse, car il la trouvait justement inadaptée pour rendre compte des comportements observés chez des enfants et adolescents, à la suite des séparations d'avec leurs parents ?

Une thérapie entièrement basée sur l'attachement, c'est-à-dire suivant fidèlement les préceptes laissés en héritage par Bowlby (1988), et susceptible d'être étendue à plusieurs pathologies psychiatriques ainsi que d'être proposée dans des formats intéressant aussi bien l'individuel que le couple ou encore le familial, et de surcroît, d'être valable pour l'adulte comme pour l'adolescent, est une approche qui fait encore défaut au sein de la panoplie, très riche par ailleurs, des protocoles psychothérapeutiques.

Arrivé à une telle production est le plus souvent le résultat d'une œuvre collective : on part du développement, par une équipe ou par une personne, de l'approche « princeps » autour d'une pathologie comme la dépression (c'est le cas, notamment, de la thérapie cognitivo-comportementale et de la TIP) vers sa diffusion à l'aide des extensions à d'autres troubles, réalisées cette fois-ci par d'autres équipes originaires – du même pays ou non, voire issues d'autres continents.

Il en va autrement de la création de la Thérapie intégrée d'attachement (TIA) qui, par la force des choses, a vu sa naissance ainsi que son extension se réaliser dans un seul et même espace de soins, celui du centre hospitalier Sainte-Anne, à Paris (GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences). Quand nous évoquons « la force des choses », nous faisons avant tout allusion à la complexité que porte la théorie de l'attachement, un

concept souvent circonscrit autour d'une question d'insécurité *versus* sécurité.

Une bonne lecture attachementale serait au contraire capable de tenir compte de la dynamique attachementale qui est à l'œuvre dans les relations affectives du sujet, assortie d'une considération pour l'articulation développementale entre ce qui a été possible à l'enfance, à l'adolescence et son évolution à l'âge adulte. Sans cela, aucune prise sur les situations que traverse péniblement le patient ne serait possible ; une aggravation est même à redouter dans de pareils cas : en effet, des sentiments d'échec mêlés à de la culpabilité ne manqueront pas d'animer ces personnes face à l'absence d'aboutissement de leur démarche psychothérapeutique, qu'elles ont probablement répétée à maintes reprises, mais sans succès.

À l'énoncé de telles réalités nous sommes, à juste titre, saisis d'un fort sentiment de responsabilité. Cette charge nous incombe lorsque nous nous décidons de nous lancer dans la production d'un ensemble de protocoles thérapeutiques avec le soin, constamment recherché, de nous adapter aux besoins spécifiques et différenciés des patients. Il était évident pour nous que cette réalisation devait se hisser à la hauteur de l'espérance que fondent les patients dans cette théorie de l'attachement, dont chacun sent l'intérêt voire l'importance. Personne ne comprend alors l'absence d'une thérapie structurée dans ce sens.

Concrètement, nous avons été contraints par cette complexité à opérer des allers-retours entre l'attachement à l'enfance et son évolution à l'âge adulte pour nous rendre compte, en cours de route, qu'il y avait vraiment un chaînon manquant. Cherchant à retrouver cet élément nécessaire à la reconstitution d'une suite attachementale logique, et représentant à cet égard l'étude du champ attachemental dans ce qu'elle proposait à voir et à comprendre, la place de l'adolescence nous a sauté aux yeux. C'est vrai aussi, qu'il s'agit d'une période de la vie peu investiguée dans la littérature scientifique et encore moins dans sa version psychothérapeutique.

Non seulement l'inclusion de l'adolescence a introduit la cohérence indispensable, de plus cet attelage a ouvert d'autres

possibilités de prise en charge non envisagées au départ. Cela concerne le trouble de la personnalité limite (TPL), qui a aussi bénéficié de notre centre expert dans le neurodéveloppement, et dont la contribution a favorisé l'émergence d'une approche novatrice combinant l'attachement et le neurodéveloppement. Il a été aussi possible de travailler sur une thérapie familiale, car le besoin s'est fait sentir dès lors que nous avons proposé une thérapie individuelle pour adolescents.

Les résultats sont satisfaisants, et des études randomisées et contrôlées sont en cours au sein de notre service : il s'agit d'une thérapie intégrative pour mésusage de cannabis chez l'adolescent (TIMCA) et de la TIA dans l'épisode dépressif caractérisé (EDC) chez l'adulte (TIA-EDC). Certains résultats primaires et encourageants sont en cours de publication. D'autres pays comme le Maroc, la Tunisie et la Suisse ont manifesté leur volonté de s'y associer dans la perspective d'une recherche multicentrique.

Bien entendu, nous sommes déterminés à poursuivre cet effort de validation dans d'autres indications psychiatriques, même si nous déplorons le manque de moyens alloués, en France, dans ce domaine.

L'expérience acquise au cours de ce travail auquel nous avons consacré tout de même une dizaine d'années, mais également ma pratique en psychiatrie, ou en addictologie, m'autorisent à considérer le neurodéveloppement et l'attachement comme des notions avec lesquelles il va falloir compter dans l'avenir de ces champs.

Par ailleurs, mes formations en thérapie cognitive et comportementale ainsi qu'en thérapie interpersonnelle, associées à une longue activité professionnelle où je fus nourri par la psychanalyse, comme la plupart de mes contemporains, au début de ma carrière, ont également compté, ne serait-ce que pour délimiter des frontières nettes et proposer une thérapie qui ne souffre d'aucune confusion ni de similitude avec une autre approche ; le tout servi par une activité de recherche ayant bénéficié de collaborations fructueuses entre certaines facultés de psychologie et notre service. Enfin, nos propres formations et enseignements relatifs à la TIA (en France, mais aussi bien au Maroc, en Tunisie ou en Suisse) ont

également contribué à l'élaboration de notre réflexion. Depuis ses débuts le développement de la TIA n'a cessé d'évoluer, au gré des rencontres avec des experts de l'attachement et des consultations avec des patients concernés par l'insécurité d'attachement.

Nous dirons quelques mots ici des deux premières parties de l'ouvrage – la théorie de l'attachement et la présentation de la TIA.

## LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

« Il semble peu probable que John Bowlby, lorsqu'il s'est interrogé pour la première fois sur la relation entre la privation maternelle et la délinquance juvénile, ou Mary Ainsworth, lorsqu'elle a répondu à une annonce dans un journal londonien pour travailler comme chercheur postdoctoral avec Bowlby, aient rêvé un seul instant que leurs efforts théoriques engendreraient l'un des champs de recherche les plus vastes, les plus profonds et les plus créatifs de la psychologie des <sup>XX</sup><sup>e</sup> et <sup>XXI</sup><sup>e</sup> siècles » (Cassidy et Shaver, 2016).

Il est un point important caractérisant les travaux de Bowlby : ses efforts pour prendre ses distances avec la psychanalyse. Bowlby appréciait la théorie de l'évolution et l'approche éthologique dont il s'est largement inspiré, faute d'être satisfait par ce que proposait le courant freudien comme réponse à ses observations et multiples interrogations. Toutefois, il n'a jamais ni critiqué, ni manifesté une quelconque désolidarisation, d'autant plus qu'il s'était toujours considéré comme un psychanalyste et a fait partie, jusqu'à sa mort, de la communauté psychanalytique, notamment britannique, qui a fini par comprendre la portée de ce qu'il avait développé. L'emphase mise sur le vécu réel du patient – sans considération fantasmagorique, en le plaçant de surcroît sur un versant interactionnel plutôt que sur celui se rapportant à l'idée d'un conflit intrapsychique – constitue l'élément phare du positionnement bowlbien à l'égard de la psychanalyse.

Deux faits majeurs ont marqué l'évolution récente de la théorie de l'attachement : le passage de la recherche dans le domaine de la psychopathologie vers l'axe de la

psychothérapie, et l'intérêt croissant pour la période de l'adolescence.

Pour autant, des articulations entre l'attachement et la psychanalyse, notamment, pour ce qui a trait à l'inconscient et à la relation thérapeutique, que nous-même avons réalisées dans notre conception de la TIA, sont possibles.

Cela reste valable pour l'ensemble des autres courants, à condition d'éviter toute confusion et que les délimitations soient claires. Nous pensons à des enrichissements mutuels plutôt qu'à des juxtapositions de « bouts » de chaque approche, dont l'absence de cohérence psychopathologique ne pourrait que nuire au patient. Toute problématique touchant à l'attachement ne pourrait être réglée que par une thérapie basée sur l'attachement, et ce qui est affecté par un conflit intrapsychique ne pourrait être réglé que par la psychanalyse, et ce qui est de l'ordre de la distorsion cognitive ne pourrait être solutionné que par la thérapie cognitive et comportementale (TCC). Or, nous pensons préférable d'être, dans la mesure du possible, un thérapeute intégratif maîtrisant un certain nombre d'approches, plutôt qu'un pratiquant d'une thérapie intégrative qui n'a aucun sens. (Ainsi, quand nous sommes sur la distorsion nous sommes TTCistes et rien d'autre, et quand nous sommes sur les interactions, nous sommes attachementistes.) Aborder par exemple la question des émotions se fait de manière différenciée car nous ne nous adressons pas à la même cible : ainsi, nous envisageons la dysrégulation émotionnelle comme étant liée à une activation du système d'attachement face à une figure d'attachement, alors que pour la TCC il s'agit plutôt d'une émotion tempéramentale ou de celles en lien avec des pathologies comme la dépression ou le trouble anxieux.

#### LA THÉRAPIE INTÉGRÉE D'ATTACHEMENT (TIA)

La TIA est une thérapie limitée dans le temps, développée de manière à répondre adéquatement aux besoins spécifiques des patients présentant une insécurité d'attachement. C'est donc une indication bien précise, qui s'adresse à des personnes souffrant d'un *mal-être* et/ou d'un *mal à être* avec une figure d'attachement.

Cette approche s'inscrit dans le respect fidèle aux principes énoncés par Bowlby, dans la perspective d'une prise en charge basée sur l'attachement.

C'est une thérapie intégrée dans la mesure où elle aborde de manière cohérente, selon un seul fondement psychopathologique, les dimensions nécessaires au bon fonctionnement individuel et relationnel d'une personne, représentées par la triade : sensation, émotion et cognition. En ce sens, la TIA n'est pas intégrative étant donné qu'elle n'est pas bâtie sur l'association de différentes thérapies déjà existantes, pour aborder l'ensemble de ces dimensions.

Cette vision uniciste qui a présidé à la création de la TIA autorise une flexibilité qui permet au thérapeute d'étendre la TIA à pratiquement tous types de pathologies psychiatriques, pour peu qu'il y ait un enjeu attachemental sous-tendant ces troubles.

Dans son élaboration, le plus grand défi aura été la réalisation d'un travail correspondant en tous points au modèle imaginé par Bowlby, pour quiconque souhaite s'investir dans une psychothérapie attachementale.

L'exercice a consisté, d'abord, à modéliser le concept de Bowlby dans toutes ses dimensions. Néanmoins, suivre une théorie aussi pertinente que celle relative à l'attachement ne suffit pas à en faire une thérapie ; encore faudra-t-il l'insérer dans un cadre thérapeutique à bâtir *ex nihilo*, et reposant sur une triade faite de psychopathologie, de relation thérapeutique et d'intervention. Une structuration de la TIA en cinq étapes s'est imposée pour accompagner sa mise en œuvre.

Cette réalisation non seulement représente une aide précieuse pour les patients, mais elle ouvre en outre des perspectives prometteuses vers d'autres compréhensions psychopathologiques et applications cliniques de l'attachement. La voie ouverte par la TIA dans le champ de la clinique, et plus exactement dans celui de la psychothérapie de l'adolescent et de l'adulte aussi bien dans un format individuel que de couple, ou encore familial, rend ces orientations envisageables.

Nous nous sommes intéressés à plusieurs troubles et pathologies psychiatriques, pourtant il reste encore des

domaines que nous souhaitons développer, bien que nous soyons déjà lancés dans l'exploration de certains d'entre eux.

En matière de trouble de la conduite alimentaire, par exemple, la boulimie nous paraît pouvoir être appréhendée de manière semblable à celle que nous avons empruntée pour les addictions. La question de la finitude représente à notre sens un autre élément fondamental à considérer, tel un élément constitutif de l'attachement chez le sujet âgé. Bowlby n'a-t-il pas dit que « l'attachement est actif, depuis le berceau jusqu'à la tombe » ? Enfin, nous pensons que la psychopathologie attachementale pourrait par exemple être utile à des pathologies comme la schizophrénie ou l'anorexie mentale, ou encore aux troubles du spectre de l'autisme.

Ce livre, manuel pratique, a aussi pour ambition de répondre à un besoin, celui de disposer d'un ouvrage traitant spécifiquement de la question d'une psychothérapie fondée totalement sur l'attachement, à l'aune des principes énoncés par Bowlby (1988).

Nous espérons que cet ouvrage, le premier dans son genre, répondra aux demandes émanant de collègues débutants ou suffisamment expérimentés, psychiatres ou psychologues, désireux d'enrichir et de diversifier leurs pratiques afin de répondre favorablement aux nombreux patients qui les sollicitent pour des problématiques relationnelles avec ou sans comorbidités psychiatriques ou addictologiques, sous-tendues par des insécurités d'attachement.

Puissent en outre des médecins généralistes, des infirmiers, des assistants sociaux ou des éducateurs spécialisés, y trouver une aide et des outils pour leurs interventions.

Nous formulons également le vœu qu'il puisse être utile à toute personne qui souhaite réfléchir plus efficacement aux relations étroites entretenues avec ses figures d'attachement.

## L'auteur

Hassan Rahioui est psychiatre, addictologue et attachementiste. Il est chef du service des troubles du neurodéveloppement et de l'attachement chez l'adulte au CH Sainte-Anne à Paris (GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences).

Par ailleurs, il est titulaire d'un doctorat en psychologie et d'une habilitation à diriger les recherches (HDR).

Il est également, président de l'Association française de thérapie interpersonnelle (AFTIP) et fondateur de l'École de thérapie intégrée d'attachement. Cet organisme propose des formations en Thérapie Intégrée d'attachement et organise annuellement un congrès international, incluant des collègues suisses, canadiens, belges et maghrébins.

Il a publié *Thérapie interpersonnelle* aux éditions Puf en 2016 et en 2006, avec feu le professeur Michel Reynaud, il a fait paraître chez Flammarion *Thérapies cognitives et comportementales et addictions*, réédité en 2017.

Enfin, il a contribué à une dizaine d'ouvrages collectifs.