



SERVICE QUÉBÉCOIS D'EXPERTISE
EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

UN SERVICE DE LA



FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES
CENTRES DE RÉADAPTATION

EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

CAPSULE

Les troubles de l'attachement en déficience intellectuelle

**Par Isabelle Morin, M. Ps., psychologue
consultante et experte-conseil au SQETGC**

LES TROUBLES DE L'ATTACHEMENT EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

**Par Isabelle Morin, M. Ps., psychologue consultante et experte-conseil au SQETGC
07 juin 2012**

La qualité du lien d'attachement qui existe chez un enfant dépend du type de relation qu'il a développé avec sa mère ou sa figure d'attachement en bas âge. John Bowlby dans ses écrits (1969) décrit l'attachement comme étant un phénomène biologique ayant pour but premier d'assurer la protection et le développement de l'individu. Le type d'attachement que développera un individu déterminera son équilibre entre l'exploration et la dépendance à la figure d'attachement. Lorsque la figure d'attachement procure la protection et la sécurité nécessaire, l'individu peut alors se permettre d'explorer son environnement avec autonomie. Il sait qu'en cas de besoin, il peut revenir auprès du parent pour être rassuré ou encore pour être reconnu dans son expérience de vie.

Les types d'attachement sont identifiés de façons différentes pour les enfants et les adultes. Chez l'enfant, on parle d'attachement de type sécure, évitant, ambivalent et désorganisé. Chez l'adulte, on parle davantage d'attachement autonome, distant, préoccupé ou non-résolu. Schuengel (2010) décrit l'attachement comme un aspect important du développement permettant d'apprendre à gérer le stress ainsi que de conserver ou préserver la santé mentale et la qualité de vie.

Depuis les années 60, plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'il existe un lien important entre la présence de troubles de l'attachement et le développement de troubles de santé mentale. Les troubles de comportements font partie de certains critères diagnostics de certaines psychopathologies : le trouble de personnalité antisocial, le trouble de personnalité limite, et le trouble de personnalité narcissique. D'ailleurs, Zanarini et ses collaborateurs (1998) ont mis en lumière un lien entre l'attachement désorganisé et la présence d'expériences traumatisantes précoces avec le développement d'un trouble de personnalité limite. Bowlby avait pour sa part déjà mentionné des liens entre la présence de psychopathologies et un attachement dysfonctionnel. Il soulève un lien possible entre les peurs phobiques et l'angoisse de séparation. Loeber (1991) fait état d'un lien entre les comportements anti-sociaux et les troubles de l'attachement. Tyrrell et Dozier (1997) ainsi que Lewis et Dozier (2007) ont apporté la possibilité d'un lien avec les troubles de l'humeur. Fonagy (1996) rapporte dans ses travaux des liens avec les troubles anxieux ainsi qu'avec les conduites de dépendances. Pascuzzo et al. (2011) suggèrent un lien entre les liens d'attachement insécurisants avec les figures parentales et l'utilisation à l'âge adulte de stratégies de régulation émotionnelle centrée sur des émotions négatives et un attachement anxieux. Plusieurs auteurs mentionnent le

risque élevé pour les enfants ayant un type d'attachement désorganisé de présenter des troubles de comportement, des difficultés scolaires et même certains mentionnent la présence de dissociation (Carlson, 1998; Fearon, Lapsley, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Roisman, 2010; Lyons-Ruth, 1996).

Les personnes présentant une déficience intellectuelle sont plus vulnérables aux problèmes de santé mentale que la population générale. Une étude de Connor et Posever (1998) relevaient parmi ses participants présentant une déficience intellectuelle, un taux de 43 % de troubles anxieux, 29 % de trouble de l'attention avec hyperactivité, 24 % de trouble bipolaire, 19 % de dépression majeure et 9 % en état psychotique. L'AAMR (2003) fait état également de l'incidence variable de la présence de troubles de santé mentale chez les personnes présentant une déficience intellectuelle selon les différents milieux d'exposition.

Prévalence des troubles de santé mentale

	Taux d'incidence bas	Taux d'incidence haut
Troubles anxieux	10 %	35 %
État de stress post-traumatique	19 %	72 %
Psychose	2 %	5 %
Dépression	6 %	30 %
Trouble de la personnalité	à peu près 3 %	
Abus de substance	2 %	20 %

American Association of Mental Retardation (2003). *Retard mental : Définition, classification et systèmes de soutien* (10^e édition). Éditions Behaviora, Québec, p. 174.

La relation d'attachement est prioritaire pour le bon développement de l'enfant car c'est ainsi qu'il pourra par la suite explorer le monde et faire des apprentissages. Lorsque l'attachement est sécuritaire, l'enfant va explorer son environnement et revenir vers le parent au besoin pour être rassuré, sécurisé ou encore pour être reconnu dans ses expériences de vie. Lorsque l'attachement est insécuritaire, l'enfant aura du mal à explorer son environnement de façon naturelle et sans stress. Soit il mettra toute son énergie afin de tenter de combler ce besoin d'attachement en recherchant constamment la sécurité, soit il rejettera tout lien d'attachement de peur de subir des conséquences d'un lien ambivalent, ce qui peut nuire grandement à ses apprentissages et à son développement. Cette quête pourrait même aller jusqu'à engendrer des difficultés développementales et des comportements s'apparentant comme le repli sur soi-même, des comportements stéréotypés, des troubles du langage, des troubles de la communication et des habiletés sociales.

Historiquement, beaucoup de personnes présentant une déficience intellectuelle ont été séparées de leur milieu familial en très bas âge. Les familles étaient encouragées à « placer » l'enfant handicapé ou à le donner en adoption. Des études ont démontré

dernièrement que les enfants ayant vécu des coupures avec les figures d'attachement en étant placés en famille d'accueil sont plus à risque de développer un attachement désorganisé (Dozier, Stovall, Albus, & Bates, 2001), des troubles de comportement (Groza & Ryan, 2002) et des troubles psychotiques (Zima, Bussing, Yang, & Belin, 2000). Quand on sait que les troubles de comportements et les troubles de santé mentales peuvent être en lien avec les troubles de l'attachement et que les adultes présentant une déficience intellectuelle ont, pour une grande proportion, vécu des coupures importantes avec leur figure d'attachement par les nombreux placements qu'ils ont souvent vécu, il est tout à fait logique de se demander s'il n'existe pas des liens entre tout ça. Est-ce que les personnes présentant une déficience intellectuelle et des troubles graves du comportement peuvent présenter également des troubles de l'attachement? Est-ce que les troubles du comportement qu'ils présentent peuvent être en lien avec des troubles de santé mentales comme par exemple, des troubles antisociaux ou encore des troubles de personnalité limite, développés suite à un attachement insécure?

Ce qui est certain, c'est que lorsqu'une personne présente une déficience intellectuelle et des troubles du comportement, une analyse s'impose afin de tenter de comprendre les causes et les fonctions de ces comportements. Depuis plusieurs années, de nombreux chercheurs se sont interrogés sur les liens à faire entre les troubles du comportement et les troubles de santé mentale en déficience intellectuelle. Dans la dernière décennie, plusieurs études ont démontré des liens avec les types d'attachement désorganisés ou insécures. Selon Schuengel et Janssen (2006), les personnes présentant une déficience intellectuelle auraient 5 fois plus de risques de développer des troubles de santé mentale et des troubles du comportement, et auraient un risque élevé de développer un attachement désorganisé et atypique. Lorsqu'on sait que les facteurs de risques de vivre un trouble de l'attachement sont en grande partie reliés aux conditions de vie qui entourent les premières années de vie d'une personne, il semble primordial de considérer que les personnes ayant vécu des situations difficiles dans leurs premières années de vie soient considérées comme étant à risque de présenter un trouble de l'attachement. Et nos usagers qui présentent des TGC ont souvent des histoires de vie remplies d'épisodes et d'événements traumatisants et difficiles, ne serait-ce que les hauts pourcentages d'abus ou encore l'historique de placement qui comporte presque toujours des coupures importantes avec la famille naturelle.

Cette hypothèse mérite donc d'être réellement considérée dans nos interventions et notre façon de comprendre les TGC de certains de nos usagers. Il importe alors de se poser des questions de bases :

Quels indices peuvent m'indiquer qu'une personne présente peut-être un trouble de l'attachement?

Tel que mentionné précédemment, plusieurs facteurs peuvent être des indices de la présence d'un trouble de l'attachement et se retrouvent évidemment dans l'historique de la personne. D'où l'importance de consulter les dossiers antérieurs, les évaluations et rapports rédigés par les professionnels lors du passage scolaire où des observations sont souvent relevées et représentent souvent des éléments très révélateurs de l'expérience de vie de la personne. Toutes les épreuves vécues par les parents et représentant un stress significatif lors de la période périnatale et la petite enfance peuvent avoir eu une influence sur le type d'attachement que l'enfant va développer (exemple : séparation, deuil, pertes, maladie, traumatismes...). Une mère trop jeune ou monoparentale pourrait

diminuer le niveau de disponibilité et de sensibilité au développement de l'enfant. Le faible niveau de scolarité des parents, un revenu familial faible ou un emploi précaire sont également des facteurs de risque observés comme étant plus fréquents chez les personnes présentant un trouble de l'attachement. Et évidemment, les situations de stress que pourrait vivre l'enfant tels de la négligence, de la violence et des abus par la figure parentale représentent des facteurs très importants sur le développement du sentiment de sécurité d'une personne. Les abus autant que l'indifférence, la surprotection, l'intolérance, l'anxiété et même le rejet sont des attitudes parentales prédisposant le développement d'un attachement de type insécuré ou désorganisé. Étant donné tous ces indices, il importe donc de s'assurer de faire des recherches sur l'historique de la personne afin de les déceler et de vérifier si certains de ces événements pourraient s'être produits et pourraient expliquer les difficultés relationnelles actuelles de la personne.

D'autres indices peuvent également être présents, notamment les difficultés d'adaptation, les difficultés de régulation émotionnelle, les difficultés scolaires, les troubles du développement et les troubles du comportement. De plus, on remarque que les enfants présentant un trouble d'attachement ont souvent une faible estime de soi, une difficulté à composer avec le stress, et peuvent émettre des comportements contradictoires comme par exemple rire en racontant quelque chose de triste. On observe souvent l'utilisation de stratégies d'adaptation primaires tels l'évitement des situations anxiogènes, le déni, le silence offensif ou défensif ou encore le contrôle. La personne peut également émettre des comportements problématiques dans le but premier de perturber la relation ou de provoquer des réactions dans son entourage. Ainsi, dès qu'une personne adulte présente des comportements problématiques récurrents ayant des effets importants sur ses relations avec les gens, que cela nuit de façon significative à ses apprentissages et son développement et que les interventions utilisées habituellement ne sont pas plus efficaces, il est possible que nous soyons en présence d'un attachement de type préoccupé ou non-résolu.

Pour effectuer une évaluation du trouble de l'attachement, Mary Ainsworth avait présenté la « situation étrange » qui comporte une situation de séparation et de réunion entre une mère et son enfant, incluant la présence d'une personne étrangère afin de vérifier l'attitude de l'enfant avec des inconnus. Cette situation peut être reproduite facilement et dure environ 20 minutes. Il est possible d'estimer le type d'attachement d'un enfant à partir de ces situations jusqu'à environ 5 ans. Par la suite, des questionnaires ont été conçus tel le AAI afin de déceler l'histoire de vie et la présence de facteurs prédisposant ainsi que la façon dont la personne a vécu ses situations. Ce questionnaire se fait sous la forme d'une entrevue et doit être administré par une personne ayant reçu une accréditation. Malheureusement, il n'existe pas à ce jour d'outil adapté aux personnes présentant une déficience intellectuelle. Nous ne pouvons donc pas procéder à une évaluation standardisée du trouble d'attachement. Afin de prendre position à ce sujet, nous devons donc actuellement nous baser sur les critères du DSM-IV-R ou encore sur le jugement clinique du professionnel concerné. Les indices de la présence d'un trouble d'attachement peuvent donc représenter des pistes intéressantes afin de pouvoir dépister ou émettre des hypothèses à ce sujet mais ne peuvent en aucun cas constituer des critères diagnostiques. Les attitudes et les recommandations qui sont proposées dans le présent document sont donc des suggestions d'intervention que l'on peut tenter lorsque l'on soupçonne chez un usager la présence d'un trouble de l'attachement.

Quelles seraient les attitudes spécifiques à adopter auprès d'une personne présentant un trouble de l'attachement?

Étant donné la structure de personnalité et l'importance du lien qui existe avec les personnes qui en prennent soin, l'attitude des intervenants représente un facteur primordial pouvant influencer les comportements ou les réactions de la personne qui présente un trouble de l'attachement. Il faut toujours avoir en tête que c'est une personne qui a vécu de gros stress sur le plan affectif ce qui la rend plus vulnérable à composer avec celui-ci. Le stress engendre de l'anxiété qui engendre des mécanismes de défense pour se protéger.

Il sera donc recommandé de s'assurer de diminuer le plus possible les sources de stress et d'anxiété qui pourraient déclencher les mécanismes de protection de la personne. Une première façon de diminuer les sources d'anxiété serait d'établir autour de la personne un cadre sécurisant dans lequel elle n'a pas besoin d'être constamment en état de vigilance par rapport à ses liens avec les gens. Les enjeux de contrôle sont à éviter le plus possible. On parle alors d'interventions où la personne n'a pas l'impression qu'elle peut gagner ou perdre mais plutôt où elle peut s'appuyer sur l'intervenant et lui faire confiance. L'encadrement devient donc un accompagnement quotidien plutôt qu'un encadrement autoritaire où l'utilisateur doit respecter des règlements. Les interventions doivent se faire en respectant pour chacun une distance affective afin d'éviter de tomber dans certains pièges émotifs qui finiront toujours par des confrontations et des échecs. L'intervenant doit éviter de se laisser atteindre personnellement par les comportements de l'utilisateur. Ce n'est pas pour faire de la peine ou pour faire de mal que la personne réagit de façon agressive, mais plutôt pour se protéger de la relation. Cette distance affective vaut aussi pour l'utilisateur dans le sens où il faut éviter d'être trop familier ou trop renforçant car cela peut encore une fois déclencher les mécanismes de rupture et de destruction du lien. L'attitude d'intervention influence donc directement le type de relation que l'intervenant peut entretenir avec l'utilisateur. La relation ne doit pas être trop intense mais plutôt constante et fiable. Sans être trop intime, car cela peut être très menaçant par le risque de rupture potentielle, il faut s'assurer d'être présent et sécurisant.

Une autre façon de sécuriser la personne serait de créer un environnement stable et prévisible en mettant en place le plus possible des horaires réguliers, en limitant le nombre de personnes qui graviteront autour d'elle et d'ainsi limiter les chances de ruptures ou de coupures. De plus, la cohérence entre les intervenants est primordiale pour développer un sentiment de sécurité. Les interventions appliquées avec rigueur, un environnement calme et une routine régulière contribuent également au développement du sentiment de sécurité, tel qu'on le fait avec de très jeunes enfants.

Des interventions seraient donc à éviter avec ces personnes, comme par exemple la confrontation et l'argumentation car cela est beaucoup trop menaçant. La confrontation fait naître un sentiment de honte qui est insupportable pour la personne et qui est pour elle impossible à gérer. La honte déclenche le processus d'autodépréciation et de dévalorisation personnelle qui sont des processus internes si insupportables pour la personne qu'elle n'a pas d'autre choix que de se défendre en s'attaquant à la personne qui les a déclenchés...

Avec des personnes qui ont vécu des histoires aussi difficiles, il est souvent instinctif et naturel de la part des intervenants d'être très empathique et de vouloir donner beaucoup. Mais si l'intervenant donne trop, cela devient insécurisant pour l'utilisateur car il aura peur de perdre cette relation privilégiée, ce qui va l'emmener à tester constamment la relation. Lors de situations ou d'épisodes de désorganisation, il sera alors préférable d'aider la personne à nommer les émotions qu'elle vit, et par la suite, l'aider à les comprendre plutôt que de tenter de la raisonner et de démontrer les effets que cette émotion peut avoir sur nous. En étant sensible à ce que la personne vit, on peut l'aider à donner un sens à ses émotions mais sans lui laisser croire que cela pourrait mettre en péril la relation. Être sensible, c'est aussi être patient et être capable de voir les petits succès, au jour le jour. Être sensible c'est aussi être vigilant et faire attention aux petits pièges émotifs qui peuvent nous atteindre et s'assurer d'avoir du soutien pour soi. Les intervenants qui travaillent avec des personnes qui présentent un trouble de l'attachement doivent partager la responsabilité avec d'autres personnes et pouvoir échanger en équipe à ce sujet. Il est fréquent de rencontrer des gens qui ont trop donné sans avoir le support suffisant pour absorber les difficultés que cela peut entraîner. Il est très difficile voire parfois culpabilisant de travailler avec cette clientèle et c'est important de se protéger et d'avoir du soutien car l'utilisateur cherche constamment à tester les limites de la relation avec l'intervenant.

Quels seraient les éléments spécifiques à inclure dans un plan d'action en TGC pour une personne présentant une déficience intellectuelle, un TGC et un trouble de l'attachement?

En élaborant un plan d'action en TGC pour une personne présentant un trouble de l'attachement, il sera possible d'inclure aux aménagements préventifs les attitudes d'intervention mentionnées ci-haut. De plus, on y intégrera également une structure sécurisante, des routines, des horaires fixes et des activités stables. Contrairement à ce qu'on tente de faire de plus en plus dans les plans d'intervention, pour cette personne, on limite les choix afin de diminuer le stress qui peut y être attaché. Lorsqu'on fait un choix, on prend pour acquis qu'il nous est possible d'assumer le fait que l'on puisse faire une erreur. La personne qui présente un trouble de l'attachement aura souvent du mal à assumer la responsabilité d'un mauvais choix, ce qui rend le choix très anxiogène. En imposant un choix, on sécurise la situation et la personne peut profiter pleinement de ce qui a été choisi pour elle.

Au plan de prévention active, on s'assure de respecter les attitudes d'interventions sans confrontation, en évitant la punition qui déclenche la honte et les mécanismes de rupture. Il sera important de garder toujours en tête que l'intervention vise à sécuriser la personne et son environnement. Par la suite, une fois la personne revenue au calme, selon le plan d'action personnalisé, il sera peut-être possible de faire un retour éducatif sur la situation et de mettre en lumière les comportements attendus la prochaine fois qu'un tel événement se produit. Il faut toujours garder en tête que chaque individu est différent, surtout si on travaille avec des adultes, les personnalités sont complexes et comportent de multiples facettes qu'il importe de considérer. Pour certains, des modèles comportant des renforçateurs seront même utiles, et pour d'autres, cela pourrait augmenter l'escalade. Ainsi, un plan peut fonctionner avec une personne et pas du tout avec une autre, c'est pourquoi il faut toujours adapter les plans de prévention en fonction des particularités de chacun.

Au niveau du plan de traitement, plusieurs types de traitements peuvent être envisagés selon l'âge de la personne et le type de problématique présentée sur le plan de l'attachement.

Pour une personne qui présente une déficience intellectuelle et des troubles graves du comportement, il est fréquent de réaliser que les interventions habituelles ne fonctionnent pas ou peu. Ceci peut être un indice de la présence d'un trouble de l'attachement car les attitudes d'interventions au quotidien sont souvent très différentes voir même contradictoires à ce qui nous a toujours été recommandé de faire. Les interventions de renforcement positif peuvent parfois empirer le problème car souvent les personnes n'arrivent pas à gérer la frustration lorsque le renforçateur n'est pas administré. Les renforcements sociaux sont souvent mal reçus et peuvent sembler menaçants pour la relation. Il est souvent préférable de se référer au niveau du développement affectif de la personne et de tenter de reprendre les apprentissages à ce stade de développement. Ce qui peut vouloir dire de faire de la pâte à modeler avec un adulte de 25 ans, même si on sait très bien que son potentiel d'apprentissage est largement plus grand. Affectivement, la personne n'est pas disponible aux apprentissages, et l'activité devient un prétexte pour créer un lien et pour développer la confiance et l'estime de soi.

Chez les jeunes enfants, il est possible d'entreprendre de la thérapie relationnelle qui travaille principalement sur le développement de la sensibilité du parent à la détresse et aux besoins de son enfant. Cette méthode permet, à partir de séances de jeux filmées entre le parent et l'enfant, de travailler les comportements du parent en utilisant des méthodes de modification de comportement très simples telles que le renforcement positif. Le thérapeute propose des attitudes à travailler et en renforce l'utilisation. Une étude d'Ellen Moss et coll. (2011) a permis de démontrer l'efficacité de cette méthode auprès de jeunes mamans. Lors de cette étude, en seulement huit séances, les comportements de la mère avaient changé de façon significative et les comportements des enfants également.

Il est souvent difficile de transposer des méthodes d'intervention aux personnes qui présentent une déficience intellectuelle. Cependant, Schuengel (2010) a présenté un modèle de thérapie intégrative pouvant avoir un effet similaire chez les personnes présentant des handicaps physiques et une déficience intellectuelle. Son modèle thérapeutique est basé sur la formation d'un lien avec le thérapeute ce qui permet d'apporter une certaine sécurité affective, et par la suite de développer l'estime et la confiance en soi nécessaires au sentiment de sécurité et de bien-être.

Pour les personnes présentant une déficience intellectuelle légère et pour qui la psychothérapie peut être possible, il est envisageable de pratiquer la psychothérapie de groupe ou individuelle selon la problématique à travailler. L'important dans le plan de traitement, peu importe le type de thérapie que l'on désire entreprendre, consiste à mettre l'accent sur le développement d'une relation sécurisante avec le thérapeute afin de permettre à la personne de poursuivre ses apprentissages.

RÉFÉRENCES

Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A Psychological Study of the Strange situation*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume I. Attachment*. New York: Basic Books.

Carlson, E.A. (1998). *A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation*. *Child Development*. Aug;69(4):1107-28.

Connor, D.F., & Posever, T. A. (1998). *A brief review of atypical antipsychotics in individuals with developmental disabilities*. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities!* (4), 93-102.

Dozier, M., Stovall, K.C., Albus, K.E., & Bates, B. (2001). *Attachment for infants in foster care: the role of caregiver state of mind*. *Child Development*. Sep-Oct; 72(5):1467-77.

Fearon, R.P., Bakermans-Kranenburg, M.J., van Ijzendoorn, M.H., Lapsley, A.M., & Roisman, G.I. (2010). *The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study*. *Child Development*. Mar-Apr;81(2):435-56.

Fonagy, P. & Target, M. (1996). *Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre*. *J Am Psychoanal Assoc.*;44(1):27-77.

Groza, V. & Ryan, S.D. (2002). *Pre-adoption stress and its association with child behavior in domestic special needs and international adoptions*. *Psychoneuroendocrinology*. Jan-Feb;27(1-2):181-97.

Lewis, E.E, Dozier, M., Ackerman, J. & Sepulveda-Kozakowski, S. *The effect of placement instability on adopted children's inhibitory control abilities and oppositional behavior*. Department of Psychology, University of Delaware, Newark, DE 19716, USA.

Loeber, R. (1991). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder*. *Hosp Community Psychiatry*. Nov;42(11):1099-100, 1102.

Lyons-Ruth, K. (1996). *Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: the role of disorganized early attachment patterns*. *J Consult Clin Psychol*. Feb;64(1):64-73.

Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G., St-Laurent, A. & D., Bernier. (2011). *Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial*. *Dev Psychopathol*. Feb;23(1):195-210.

Pascuzzo, K., Cyr, C., Moss, E. & Lecompte, V. (2011). *La régulation émotionnelle en tant que médiateur du lien d'attachement à l'adolescence et l'attachement amoureux à l'âge adulte*. *Revue québécoise de psychologie*. 32(2), 171-192.

Schuengel, C. & Sterkenburg, P. (2010). *Attachement, stress et trouble du comportement : évaluation et traitement*. Conférence donnée dans le cadre du colloque2010 du SQETGC.

Schuengel, C. & Janssen, C. G. C. (2006). *People with mental retardation and psychopathology: stress, affect regulation and attachment: a review*. *International Review of Research in Mental Retardation*, 32, 229-60.

Tyrrell CL, Dozier M, Teague GB, Falloot RD. (1999). *Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: the importance of attachment states of mind*. *J Consult Clin Psychol*. Oct;67(5):725-33.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998). *Axis II: Comorbidity of borderline personality disorder*. *Compr Psychiatry*. Sep-Oct;39(5):296-302.

Zima, B.T., Bussing, R., Yang, X., Belin, T.R. (2000). *Help-seeking steps and service use for children in foster care*. *Journal of Behavior Health Services Resource*. Aug;27(3):271-85.

AUTRES LECTURES INTÉRESSANTES

- Berger, M. (1997). *L'enfant et la souffrance de la séparation*. Paris: Dunod.
- Noel, L. (2003). *Je m'attache, nous nous attachons*. Montréal: Sciences et culture.
- Rygaard, N.P. (2005). *L'enfant abandonné*. De Boeck & Larcier s.a.
- Shore, A. N. (2003a). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New-York: W.W. Norton.
- www.petalesquebec.org (ressource avec beaucoup d'informations, réunions, formations et documents qu'on peut commander).



SQETGC
SERVICE QUÉBÉCOIS D'EXPERTISE
EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

UN SERVICE DE LA



FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES
CENTRES DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

**1001, rue Sherbrooke Est
Bureau 510
Montréal (Québec) H2L 1L3**

**Téléphone : 514 525-2734
Télécopieur : 514 525-7075**

www.fqcrdited.org/sqetgc

Juin 2012 © SQETGC