



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

L'Attachement dans les Troubles Dépressifs Persistants chez l'adulte : une revue de la littérature

Attachment in Adult Persistent Depressive Disorder: A review of the literature

Emmanuelle Raccah ^{a,c,*}, Lana Kheirallah ^{b,c}, Hassan Rahioui ^c

^a UR CLIPSYD, université Paris Nanterre, 92000 Nanterre, France

^b UR Paragraphe, université Paris 8, 93200 Saint-Denis, France

^c Service des troubles neuro-développementaux chez l'adulte, GHU Paris, centre de thérapie intégrée d'attachement, 75014 Paris, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Reçu le 22 avril 2022
Accepté le 29 juin 2022

Mots clés :
Affection de longue durée
Attachement
Dépression
Prise en charge
Revue de la littérature

Keywords:
Attachment
Depression
Literature review
Long-term disorder
Therapeutic management

RÉSUMÉ

Les Troubles Dépressifs Persistants (TDP) sont fréquents et invalidants et leur prise en charge thérapeutique est confrontée à un taux élevé d'échec ou de rémission partielle : on estime que la moitié des patients ne répondent pas aux interventions thérapeutiques habituelles. La théorie de l'attachement souligne l'effet des représentations insécures des relations dans l'apparition et le maintien des TDP. Cette revue de littérature présente les liens entre TDP et attachement insécure, en particulier l'attachement ambivalent, et note le caractère protecteur de la sécurité d'attachement sur le développement ultérieur de TDP. Intégrer l'attachement dans la compréhension des TDP met en évidence la nécessité de mener des études expérimentales sur les approches thérapeutiques qui reposent sur ce concept.

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Persistent depressive disorders (PDD) are frequent and disabling and their therapeutic management remains poorly defined. Attachment theory highlights the effect of insecure representations of relationships in the development and maintenance of PDD. The aim of this literature review is to identify the main findings regarding the place of attachment in persistent depressive disorders (PDD) to show the interest of this framework as an explanatory model of PDD and to determine the usefulness of taking attachment into consideration in the therapeutic intervention for the treatment of PDD. The current treatment of PDD faces a high rate of either failure or partial remission. Almost half of depressed patients do not achieve remission or develop chronic residual symptoms. Although there is a specific therapy built for PDD (CBASP), there is currently no psychotherapy that has been sufficiently scientifically verified to be recommended for PDD. Interpersonal difficulties seem to play a major role in the maintenance of a depressive state: the difficulty in establishing a therapeutic relationship would explain why patients with PDD often show a poor therapeutic response to traditional psychotherapies, including cognitive behavioural therapy (CBT). In addition, some characteristics that make treatment difficult may be a consequence of childhood maltreatment, in particular emotional abuse, and neglect, that are risk factors for early depression with a chronic course. Furthermore, insecure attachment is a major risk factor of severity or persistence of psychopathological disorders. Conversely, secure attachment reduces the risk of developing these symptoms. Empirical research has shown links between insecure attachment and specific psychological disorders. Insecure attachment is associated with internalizing disorders, including depression, in childhood and in adulthood. Insecure attachment is clearly associated with depressive symptoms. This relationship is mediated by several variables such as self-esteem, disrupted social and relational skills depressive cognitions and early maladaptive schemas. Taken together, these findings suggest that attachment is an important risk factor in the development of psychopathology, in particular depressive disorders. Therefore, Bosmans suggests that the integration of

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : raccah.emmanuelle@parisnanterre.fr,
emmanuelle.raccah@ghu-paris.fr (E. Raccah).

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.09.001>

0003-4487/© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

attachment into psychotherapies would enhance their effectiveness. Attachment should therefore be considered as an important target of clinical intervention to treat the symptoms of PDD and there seems to be a need to develop this therapeutic approach to determine the extent to which a treatment protocol can focus specifically on attachment for chronically depressed patients. Studies of attachment psychotherapies consider attachment style both as a predictor of treatment outcome and as an indicator of therapeutic orientation. The patient's attachment representations and behaviours can influence the therapeutic process and the relationship with the therapist, which means identifying them to use specific strategies: therapeutic techniques relevant to one attachment style may be problematic for another. These considerations show the need for research that considers the relationship between PDD symptoms and patients' attachment styles at the beginning of therapy to verify which attachment patterns are related to this specific pathology and to determine the influence of patients' attachment patterns on the therapeutic process. Finally, innovative therapies such as Integrated Attachment Therapy, that consider attachment as the foundation of the therapeutic process, are being developed and form a new care offer that seems promising for the treatment of PDD.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Dans la clinique des troubles dépressifs, les problématiques relatives à l'attachement, telles que l'ambivalence affective vis-à-vis des relations, les sentiments d'abandon et de manque affectif et l'estime de soi dépendante d'autrui, sont fréquemment rencontrées. La théorie de l'attachement [9] offre un cadre pour expliquer l'apparition et le maintien des troubles dépressifs : les expériences précoces et actuelles d'attachement conduisent à la construction de représentations mentales qui, lorsqu'elles sont négatives, entraînent des interprétations dysfonctionnelles des interactions et à des comportements qui participent à provoquer l'abandon et à maintenir la solitude.

L'objectif de cette revue de littérature est de mettre en évidence les principales conclusions quant à la place de l'attachement dans les troubles dépressifs persistants (TDP) afin, d'une part, d'évaluer la pertinence de ce cadre comme modèle explicatif des TDP et, d'autre part, de déterminer l'utilité de prendre en considération l'attachement dans la prise en charge thérapeutique des TDP.

2. Trouble dépressif persistant et épisode dépressif caractérisé

Environ 3 à 6 % de la population adulte des pays occidentaux souffrent de TDP au cours de leur vie [33]. La catégorie diagnostique des TDP regroupe quatre catégories de la précédente version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)* [1] : la dysthymie, la dépression majeure chronique, la dépression majeure récurrente avec rémission incomplète entre les épisodes, et la double dépression. À l'échelle individuelle, les TDP ont pour conséquence une altération profonde et prolongée du fonctionnement social. Les TDP sont un problème de santé publique avec un retentissement sanitaire et économique majeur [42].

La catégorie diagnostique des TDP n'ayant été strictement définie que dans la cinquième version du DSM [2], il existe peu d'études sur l'existence de facteurs qualitatifs qui différencient l'épisode dépressif caractérisé (EDC) des TDP [7]. La distinction entre ces troubles semble plutôt d'ordre quantitatif : les TDP présentent des symptômes semblables à ceux de l'EDC, mais ceux-ci sont d'intensité moindre et persistent continuellement pendant au moins deux ans.

Les TDP se distinguent de l'EDC par un retentissement négatif plus marqué sur la qualité de vie, un risque d'hospitalisation et de tentatives de suicide plus important, un début souvent plus précoce et une durée de plusieurs années à plusieurs dizaines d'années [44]. De plus, les patients avec TDP auraient un taux

d'événements de vie traumatiques précoces plus important que ceux atteints d'EDC [33]. Ils connaîtraient également un stress environnemental prolongé et une réactivité accrue au stress [38].

La prévalence des TDP est près de deux fois supérieure chez les femmes [2]. De 20 à 30 % des troubles dépressifs sont estimés avoir une évolution chronique [33]. De plus, la moitié des patients qui ont fait un EDC au cours de leur vie en referont un et 30 % des patients ayant eu un EDC ont souffert de dépression chronique. Les TDP peuvent prendre des formes cliniques différentes selon la sévérité des symptômes ; toutefois, les différentes présentations de la dépression persistante s'avèrent plus semblables que différentes [40].

La prise en charge thérapeutique du TDP est confrontée à un taux élevé d'échec thérapeutique ou de rémission partielle [28]. La proportion de patients nonrépondeurs, n'obtenant pas de rémission ou développant des symptômes résiduels chroniques, est estimée à près de la moitié des patients déprimés [40].

En matière de psychothérapies, la *Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP) est la seule qui soit spécifiquement développée pour la dépression chronique [30]. McCullough postule que les sujets dépressifs chroniques ont une pensée aut centrée dépourvue d'empathie et propose ainsi de les accompagner, d'une part, en entraînant l'interprétation de situations interpersonnelles et, d'autre part, en utilisant le transfert. Dans la CBASP, la relation thérapeutique est envisagée comme base pour la compréhension du fonctionnement cognitivo-affectif et interpersonnel du patient ; le thérapeute utilise le renforcement négatif, c'est-à-dire un allègement de la souffrance en contrepartie des efforts du patient au sein de la relation thérapeutique, afin d'augmenter la motivation au changement et d'améliorer l'alliance thérapeutique. Cette thérapie intégrative combine donc des composantes des thérapies cognitives, comportementales, interpersonnelles et psychodynamiques. L'essai initial a montré qu'elle avait des effets comparables à ceux des antidépresseurs et une efficacité significativement accrue lorsqu'elle était associée à des médicaments [23]. Les essais ultérieurs ont, cependant, montré des résultats mitigés et l'efficacité relative de la CBASP, des antidépresseurs ou de leur association reste à clarifier [40].

Une revue des guides de pratiques cliniques (GPC) sur le traitement de la dépression [29] souligne que seules six GPC mentionnent spécifiquement les TDP et que, alors que la moitié des patients traités auront besoin de plus d'un traitement pour obtenir une rémission, deux GPC seulement proposent des alternatives en cas de non-réponse ou de réponse insuffisante aux antidépresseurs et il s'agit systématiquement d'alternatives médicamenteuses. Il apparaît donc qu'à l'heure actuelle, aucune psychothérapie n'est

suffisamment vérifiée scientifiquement pour être recommandée pour les TDP. Toutefois, si l'OMS recommande le traitement par psychotropes en cas d'intensité élevée de l'état dépressif, elle préconise de ne pas les prescrire dans le cas d'une intensité modérée de l'état dépressif, ce qui est plus fréquent dans les TDP. Dans ce cas, l'OMS propose en première intention des suivis thérapeutiques tels que les TCC, l'activation comportementale et la psychothérapie interpersonnelle.

De plus, l'*European PA Guidance Group* sur la dépression chronique considère que la psychothérapie et la pharmacothérapie sont efficaces et recommande les deux approches en association [21]. Il précise également que la taille d'effet de la psychothérapie dans les TDP est associée au nombre de séances fournies dans un certain laps de temps. La durée du traitement est un facteur important à considérer dans la prise en charge des TDP : Cuijpers [12], dans une méta-analyse de la dépression majeure chronique et de la dysthymie, a noté qu'au moins 18 séances sont nécessaires pour que la psychothérapie ait un effet optimal. Par conséquent, la nature chronique de ce trouble pourrait nécessiter non seulement des traitements plus longs, mais aussi plus structurés que ceux actuellement pratiqués, en se concentrant sur les mécanismes perturbés [40].

Par ailleurs, les dysfonctionnements interpersonnels semblent jouer un rôle majeur dans le maintien d'un état dépressif : la difficulté à établir une relation thérapeutique expliquerait que les patients avec un TDP présentent souvent une mauvaise réponse thérapeutique aux psychothérapies classiques, notamment la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) [21]. En outre, une récente méta-analyse [34] a révélé que certaines caractéristiques, qui rendent le traitement difficile, pourraient être une conséquence de la maltraitance durant l'enfance, en particulier la violence psychologique et la négligence, qui sont des facteurs de risque de dépression précoce avec un cours chronique. Dugall et al. [15], dans une étude longitudinale, mettent en évidence que la dépression dans l'enfance est corrélée positivement à la maltraitance et négativement aux soins précoces de soutien et au soutien parental, et que la dépression à l'adolescence reste corrélée aux abus précoces.

Les patients dépressifs chroniques, en particulier lorsque la dépression survient précocement, en raison d'expériences de vie négatives et/ou traumatisantes qui auraient entravé le développement du fonctionnement cognitif et émotionnel, ont intégré ces modèles de relation à l'autre et des stratégies de régulation émotionnelle en lien avec ces expériences. C'est pourquoi le traitement des patients présentant un TDP doit aller au-delà des tentatives de modification des symptômes en prenant en compte le dysfonctionnement de la maturation cognitivo-émotionnelle dans laquelle la pensée est souvent égocentrique [40] et offrir de nouveaux modèles de relation qui permettront au patient de développer de nouvelles stratégies émotionnelles et interpersonnelles. Ainsi, afin d'être adaptée à ce trouble, la thérapie devrait tenir compte de la relation thérapeutique, développer des stratégies spécifiques et intégrer le passé compliqué du patient. Tenir compte de la dimension de l'attachement semble donc essentiel pour prendre en charge les patients avec un TDP, tant au niveau de la relation thérapeutique qu'au niveau de leurs relations passées.

3. Place de l'attachement dans la dépression

Bien que rarement intégré dans les pratiques thérapeutiques, l'attachement figure parmi les facteurs régulièrement envisagés pour expliquer l'apparition de la dépression chronique. La théorie de l'attachement [9] soutient depuis longtemps que les styles d'attachement insécure sont associés à la vulnérabilité à la psychopathologie en général et aux symptômes dépressifs en particulier.

Selon Bowlby [9], l'absence de lien relationnel sécurisant dans l'enfance, en raison d'une absence parentale physique ou psychique, favoriserait la formation d'une représentation négative

de soi et d'autrui qui déterminerait l'émergence ultérieure de troubles psychologiques. En particulier, les syndromes dépressifs sont précédés par une forte incidence de liens affectifs perturbés dans l'enfance et reconnaissent trois éléments susceptibles d'être associés à une dépression ultérieure : le décès d'un parent qui provoquerait le désespoir, l'incapacité à former des relations stables qui serait à l'origine du sentiment d'échec et d'incompétence, et le sens donné aux relations insécurisantes qui déterminerait l'idée de ne pas mériter l'attention et l'amour d'autrui. De plus, l'attachement insécure favoriserait le recours aux processus d'exclusion défensive, qui consiste à se défendre d'affects ou de représentations insupportables en les excluant de la conscience, ce qui conduit à ignorer ses émotions et contribuerait aux difficultés émotionnelles et comportementales ultérieures [9].

De nombreuses recherches ont validé les relations empiriques entre l'insécurité d'attachement et le développement, l'expression et le maintien de troubles psychiques, tant chez l'enfant que chez l'adulte [19]. Des études transversales mettent en évidence des liens significatifs entre l'attachement insécure et la psychopathologie dans l'enfance et à l'âge adulte [10]. D'ailleurs, les personnes insécures sont surreprésentées dans les échantillons cliniques d'adultes et d'adolescents avec divers troubles psychologiques et les sujets cliniques montrent plus de représentations d'attachement insécures et non résolus que les groupes non cliniques [4].

Si de nombreuses études démontrent l'incidence accrue d'un attachement insécure dans l'enfance dans l'apparition de troubles psychopathologiques à l'âge adulte, le rôle causal de ce facteur n'a pu être confirmé que par quelques études longitudinales [27].

Il existe aujourd'hui un consensus quant à l'origine polyfactorielle des troubles psychiques ; l'attachement insécure, sans être une psychopathologie en soi, constitue un facteur de risque majeur qui, combiné à d'autres facteurs de risque, augmente la probabilité, la sévérité ou la persistance de troubles psychopathologiques [11]. En effet, Mikulincer et Florian [31] expliquent que l'attachement insécure entraîne des déficits de régulation émotionnelle, notamment en termes de reconnaissance et de gestion des émotions, et donc une perturbation de l'acquisition des habiletés socio-émotionnelles nécessaires à la construction et au maintien de relations interpersonnelles satisfaisantes, ce qui prédispose au développement de psychopathologies diverses. L'attachement insécure engage ainsi l'enfant dans des trajectoires associées à la pathologie, c'est donc un facteur non suffisant mais déterminant dans l'apparition des troubles psychiques [43].

À l'inverse, l'attachement sécure diminue les risques de développer ces symptômes [32] en favorisant l'exploration de l'environnement, un comportement essentiel à l'apprentissage et au développement cognitif et social. D'ailleurs, Englund [16] a montré que la qualité des relations d'attachement dans l'enfance est liée à la qualité des relations ultérieures et au fonctionnement cognitif et social. L'attachement sécure joue donc un rôle essentiel dans l'adaptation et le bien-être à l'âge adulte.

Les recherches empiriques ont mis en évidence les liens entre l'attachement insécure et différents troubles psychiques spécifiques. L'attachement insécure est associé aux troubles internalisés, notamment la dépression, dans l'enfance et à l'âge adulte [17]. La comparaison de quatre méta-analyses sur les relations entre l'attachement insécure et la vulnérabilité aux symptômes d'internalisation a permis de montrer que les attachements insécures sont corrélés aux troubles internalisés à différents moments du développement selon le type d'insécurité d'attachement [13]. En effet, les enfants avec des antécédents d'attachement insécure évitent dans la petite enfance présentent des symptômes d'internalisation élevés. En revanche, ce sont les adolescents et les adultes avec un attachement insécure anxieux qui présentent des symptômes d'internalisation élevés [13]. À l'âge adulte, les

troubles internalisés sont associés à plus d'attachement insécurité anxieuse et désorganisé [4].

En ce qui concerne plus spécifiquement les symptômes dépressifs, Dugall et al. [15] ont montré, dans une étude longitudinale, qu'un attachement insécurité, observé dans la petite enfance, est un prédicteur de dépression à l'adolescence. De plus, la sécurité d'attachement aux parents et aux pairs et un style d'attachement sûr dans les relations proches sont associés à des niveaux plus bas de dépression [32].

La prédiction des symptômes dépressifs est particulièrement marquée en cas d'antécédents de maltraitance émotionnelle et d'adversité durant l'enfance : la maltraitance et l'abus émotionnel dans l'enfance sont significativement liés, par les déficiences émotionnelles et les cognitions de peur de la critique ou de rejet, à la survenue d'un trouble dépressif à l'âge adulte [24].

Enfin, la relation entre l'attachement insécurité et la dépression est médiée par plusieurs variables telles que l'estime de soi [39], la perturbation des capacités sociales et relationnelles [35], et les schémas précoces inadaptés [22]. Toutefois, les liens entre l'attachement insécurité et la dépression peuvent être envisagés de manière bidirectionnelle : d'une part, l'insécurité d'attachement dans l'enfance peut être à l'origine du développement d'une dépression ultérieure ; d'autre part, les cognitions dépressives peuvent colorer négativement le souvenir et l'évaluation des relations interpersonnelles *a posteriori*. Dans les deux cas, l'attachement est lié aux troubles dépressifs et donc à intégrer à la thérapie des patients avec de tels troubles.

Si la relation entre l'attachement insécurité et la dépression est bien établie de façon générale, celle avec la dépression chronique en particulier est moins documentée. Bauriedl-Schmidt [5] montre que la proportion de représentations d'attachement insécurité est équivalente au sein des groupes cliniques EDC (95,5 %) et TDP (96,3 %), mais nettement supérieure à celle du groupe nonclinique (51,9 %). L'attachement insécurité est associé aux symptômes dépressifs ; plus particulièrement, l'attachement anxieux et l'attachement évitant prédisent à deux ans l'augmentation des symptômes dépressifs [20]. Cependant, les scores d'attachement évitant sont plus élevés chez les patients avec TDP que ceux des patients souffrant d'EDC : Ozsoy et Özkan [35] observent une corrélation positive entre le score d'attachement évitant et la prolongation de l'épisode dépressif. Ils envisagent une influence mutuelle de l'attachement insécurité évitant et de la durée de l'épisode dépressif : d'une part, le style d'attachement évitant, en dégradant les relations interpersonnelles, déterminerait la chronicité de la dépression ; d'autre part, une longue durée de dépression renforcerait l'attachement insécurité.

Par ailleurs, des études empiriques ont établi des liens entre l'attachement insécurité et le trouble dysthymique du DSM-IV [1], qui est compris dans les TDP. Riso [38], qui considère l'insécurité d'attachement comme un facteur déterminant de la dépression chronique, détaille deux études qui ont évalué le rôle de l'attachement dans la dysthymie avec l'AAI : Patrick [36] a observé que les patients dysthymiques ont de hauts taux d'insécurité d'attachement similaire à ceux des patients *borderline* ; Fonagy [18] a montré que le taux d'insécurité d'attachement est nettement supérieur chez les patients souffrant de dysthymie (90 %) que chez les patients avec un EDC (60 %). Comme la relation entre le style d'attachement et le sous-type de dépression dépend de l'intensité du syndrome dépressif, Fonagy propose un modèle causal, selon lequel le style d'attachement contribue à l'évolution de pathologies spécifiques [18].

4. Styles d'attachement et dépression

Si de nombreuses recherches ont examiné les liens entre l'insécurité d'attachement et les symptômes dépressifs, les

conclusions diffèrent selon le type d'attachement insécurité considéré. La majorité des études ont conclu à un lien plus fort des symptômes dépressifs avec l'attachement insécurité de type anxieux [32]. Cependant, certaines recherches ne confirment pas ce lien [3] ou envisagent l'attachement évitant comme un meilleur prédicteur des symptômes dépressifs [36]. Enfin, d'autres mettent en avant que les personnes avec un attachement désorganisé formeraient une catégorie particulièrement vulnérable à la dépression [17]. Selon Sroufe [43], des différences systématiques sur la dimension d'internalisation et d'externalisation, dans les différents groupes cliniques étudiés dans ces recherches, notamment déterminées par les critères d'exclusion diagnostique et les comorbidités avec des troubles de la personnalité, peuvent expliquer les divergences dans les résultats.

Par ailleurs, plusieurs auteurs [19] envisagent chacun des styles d'attachement insécurité comme spécifiquement associé à certains symptômes dépressifs. L'attachement anxieux serait plutôt lié à une dépendance excessive et au désir d'être en relation et donc à une dépression relevant d'aspects interpersonnels. Tandis que l'attachement évitant serait lié à des aspects de la dépression en lien avec la performance et les idéaux exigeants. Enfin, l'attachement désorganisé serait à l'origine d'un sentiment d'échec et d'impuissance face aux difficultés, dans lequel la dépression trouverait son origine.

Dans les études portant spécifiquement sur la dysthymie, c'est avec l'attachement anxieux que les liens sont les mieux établis. West et George [45] observent que, parmi leurs participantes diagnostiquées dysthymiques, 58 % ont un attachement anxieux. De même, Luna [26] met en évidence que les participants dysthymiques ont des niveaux d'anxiété d'attachement plus élevés, mais que leurs niveaux d'évitement d'attachement ne diffèrent pas de ceux des participants tout-venant.

Les résultats de l'ensemble de ces recherches suggèrent que l'attachement est un important facteur de risque dans le développement de la psychopathologie en général et plus spécifiquement dans les troubles dépressifs. C'est pourquoi Bosmans [8] propose que l'intégration de l'attachement aux psychothérapies renforcerait leur efficacité. L'attachement est donc à envisager comme une cible importante de l'intervention clinique pour traiter les symptômes des TDP, et il semble nécessaire de développer cette approche thérapeutique afin de déterminer dans quelle mesure un protocole de soins peut se centrer spécifiquement sur l'attachement pour les patients dépressifs chroniques.

5. Conclusion et perspectives de recherche

Les études sur les psychothérapies de l'attachement envisagent le style d'attachement tant comme prédicteur des résultats du traitement que comme indicateur de l'orientation thérapeutique [25]. Dozier [14] a mis en évidence des différences prévisibles entre les patients au style évitant et préoccupé en ce qui concerne la recherche d'aide, le dévoilement de soi, et l'acceptation et l'observance du traitement. Néanmoins, la théorie de l'attachement ne dicte pas une forme particulière d'intervention ; au contraire, la compréhension de la nature et de la dynamique de l'attachement et de la mentalisation informe plutôt qu'elle ne définit le traitement et la pensée clinique.

Les représentations et les comportements d'attachement du patient peuvent influencer le processus thérapeutique et la relation avec le thérapeute, ce qui implique de les identifier pour utiliser des stratégies spécifiques : les techniques thérapeutiques pertinentes pour un style d'attachement déterminé peuvent être problématiques pour un autre [25]. Le contrôle est mieux perçu par les patients avec un style d'attachement anxieux, tandis que des réponses plus émotionnelles sont jugées plus utiles par les patients

avec un style d'attachement évitant [41]. C'est pourquoi il est nécessaire d'évaluer le style d'attachement du patient en amont du suivi et de le prendre en considération durant toute la prise en charge.

Ces considérations montrent la nécessité de mener des recherches qui tiennent compte de la relation entre les symptômes de TDP et les styles d'attachement des patients en début de thérapie afin, d'une part, de vérifier à quels modèles d'attachement est liée cette pathologie spécifique et, d'autre part, de déterminer l'influence des modèles d'attachement du patient sur le processus thérapeutique.

De plus, des thérapies novatrices, telles que la Thérapie InterPersonnelle basée sur l'Attachement ou la Thérapie Intégrée d'Attachement, qui considèrent l'attachement comme le fondement du processus thérapeutique, sont actuellement développées et leur efficacité est évaluée [6,37]. Ces thérapies, issues de la pratique clinique auprès de patients présentant une insécurité d'attachement, constituent une nouvelle offre de soins qui semble prometteuse pour la prise en charge des TDP.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e éd, Washington DC; 2000 [texte révisé].
- [2] American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e éd, Washington DC; 2013.
- [3] Adam EK, Gunnar MR, Tanaka A. Adult attachment, parent emotion, and observed parenting behavior: mediator and moderator models. *Child Dev* 2004;75:110–22.
- [4] Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attach Hum Dev* 2009;11:223–63.
- [5] Bauriedl-Schmidt C, Jobst A, Gander M, Seidl E, Sabaß L, Sarubin N, et al. Attachment representations, patterns of emotion regulation, and social exclusion in patients with chronic and episodic depression and healthy controls. *J Affect Disord* 2017;210:130–8.
- [6] Bay-Smadja M, Rahioui H, Bay-Smadja M, Rahioui H. La thérapie interpersonnelle basée sur la théorie de l'attachement. De Klerman à Bowlby. *Ann Med Psychol* 2015;173:547–52.
- [7] Bird T, Tarsia M, Schwannauer M. Interpersonal styles in major and chronic depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2018;239:93–101.
- [8] Bosmans G. Cognitive behaviour therapy for children and adolescents: can attachment theory contribute to its efficacy? *Clin Child Fam Psychol Rev* 2016;19:310–28.
- [9] Bowlby J. Attachment and loss, vol. 3. Loss: sadness and depression. New-York: Basic Books; 1980 [Weil D. (trad.), Attachement et perte. Vol. 3. La perte : tristesse et dépression. Paris: PUF; 1984].
- [10] Cassidy J, Shaver PR. Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications; 2008:637–65.
- [11] Cassidy J, Mohr JJ. Unsolvable fear, trauma, and psychopathology: theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span. *Clin Psychol Sci Pract* 2001;8:275–98.
- [12] Cuijpers P, van Straten A, Schuurmans J, van Oppen P, Hollon SD, Andersson G. Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2010;30:51–62.
- [13] Dagan O, Facompré CR, Bernard K. Adult attachment representations and depressive symptoms: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2018;236:274–90.
- [14] Dozier M. Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Dev Psychopathol* 1990;2:47–60.
- [15] Duggal S, Carlson EA, Sroufe LA, Egeland B. Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol* 2001;13:143–64.
- [16] Englund MM, Kuo SI, Puig J, Collins WA. Early roots of adult competence: the significance of close relationships from infancy to early adulthood. *Int J Behav Dev* 2011;35:490–6.
- [17] Fearon RP, Groh AM, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Roisman GI. Attachment and developmental psychopathology. Wiley; 2016.
- [18] Fonagy P, Leigh T, Steele M, et al. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:22–31.
- [19] Guédény A, Guédény N, Tereno S. L'attachement : approche clinique et thérapeutique, 5^e édition, Issy-les-Moulineaux: Elsevier Health Sciences; 2021.
- [20] Hankin BL, Kassel JD, Abela JR. Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms: prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms. *Pers Soc Psychol Bull* 2005;31:136–51.
- [21] Jobst A, Brakemeier EL, Buchheim A, et al. European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *Eur Psychiatry* 2016;33:18–36.
- [22] Kaya Y, Aydin A. The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between attachment and mental health symptoms of university students. *Jour Adult Dev* 2021;28:15–24.
- [23] Keller MB, McCullough JP, Klein DN, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression [published correction appears in *N Engl J Med* 2001;345:232. *N Engl J Med* 2000;342(20):1462–70].
- [24] Klumpparendt A, Nelson J, Barenbrügge J, Ehring T. Associations between childhood maltreatment and adult depression: a mediation analysis. *BMC Psychiatry* 2019;19:36.
- [25] Levy KN, Johnson BN. Attachment and psychotherapy: implications from empirical research. *Can Psychol* 2019;60:178–93.
- [26] Luna N, Horton EG, Malloy T. Examining protective factors for dysthymia among individuals attending substance abuse treatment. *J Soc Serv Res* 2016;42:295–304.
- [27] Lyons-Ruth K, Bureau JF, Easterbrooks MA, Obsuth I, Hennighausen K, Vulliez-Coady L. Parsing the construct of maternal insensitivity: distinct longitudinal pathways associated with early maternal withdrawal. *Attach Hum Dev* 2013;15:562–82.
- [28] Machmutov K, Meister R, Jansen A, et al. Comparative effectiveness of continuation and maintenance treatments for persistent depressive disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;5(5).
- [29] MacQueen G, Santaguida P, Keshavarz H, et al. Systematic review of clinical practice guidelines for failed antidepressant treatment response in major depressive disorder, dysthymia, and subthreshold depression in adults. *Can J Psychiatry* 2017;62:11–23.
- [30] McCullough Jr JP, Schramm E, Penberthy JK. CBASP as a distinctive treatment for persistent depressive disorder: distinctive features. Routledge; 2014.
- [31] Mikulincer M, Florian V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. Attachment theory and close relationships. 1998. p. 143–65.
- [32] Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change. 2nd ed, Guilford Press; 2016.
- [33] Murphy JA, Byrne GJ. Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of chronic depressive disorder. *J Affect Disord* 2012;139:172–80.
- [34] Nelson J, Klumpparendt A, Doebler P, Ehring T. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017;210:96–104.
- [35] Ozsoy S, Özkan D. The relationship between attachment style, empathy level and social functioning in depressive patients. *Dusunen Adam* 2021;34:161–71.
- [36] Patrick M, Hobson RP, Castle D, Howard R, Maughan B. Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Dev Psychopathol* 1994;6:375–88.
- [37] Rahioui H. Élaborer la relation : la thérapie interpersonnelle basée sur l'attachement. In: Miljkovitch R, Beauvais C, editors. L'élaboration mentale. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2021. p. 301–10.
- [38] Riso LP, Miyatake RK, Thase ME. The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. *J Affect Disord* 2002;70:103–15.
- [39] Roberts JE, Gotlib IH, Kassel JD. Adult attachment security and symptoms of depression: the mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *J Pers Soc Psychol* 1996;70:310–20.
- [40] Schramm E, Klein DN, Elsaesser M, Furukawa TA, Domschke K. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *Lancet Psychiatry* 2020;7:801–12.
- [41] Slade A, Holmes J. Attachment and psychotherapy. *Curr Opin Psychol* 2019;25:152–6.
- [42] Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, de Graaf R, Beekman A. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *J Ment Health Policy Econ* 2006;9:193–200.
- [43] Sroufe LA. Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach Hum Dev* 2005;7:349–67.
- [44] Torpey DC, Klein DN. Chronic depression: update on classification and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2008;10:458–64.
- [45] West M, George C. Attachment and dysthymia: the contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. *Attach Hum Dev* 2002;4:278–93.