



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Article original

## Thérapie Intégrée d'Attachement pour le trouble dépressif persistant : une étude pilote

### *Attachment Integrated Therapy for persistent depressive disorder: A pilot study*

Lana Kheirallah <sup>a,c,\*</sup>, Jean Belbeze <sup>a,b</sup>, Hassan Rahioui <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centre de Thérapie Intégrée d'Attachement (CTIA), Groupe Hospitalier Universitaire, site Sainte-Anne, Paris, France

<sup>b</sup> Institut Mutualiste Montsouris (IMM), Paris, France

<sup>c</sup> Laboratoire Paragraphe, université Vincennes-Saint-Denis (Paris 8), Paris, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 10 mars 2024

Accepté le 1<sup>er</sup> novembre 2024

Mots clés :

Attachement

Trouble dépressif persistant

Régulation émotionnelle

Psychothérapie

#### RÉSUMÉ

Le trouble dépressif persistant est considéré comme invalidant et souvent difficile à traiter. En psychothérapie, seule la Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy a semblé un temps montrer une efficacité pour cette pathologie, en association avec des antidépresseurs. Cependant, les résultats préliminaires positifs n'ont pas été retrouvés dans les recherches ultérieures. L'exploration de nouvelles pistes thérapeutiques révèle l'existence d'un lien étroit entre l'insécurité de l'attachement et le trouble dépressif persistant. Dans ce contexte, la Thérapie Intégrée d'Attachement, en tenant compte de cette interaction, a été développée spécifiquement pour ce trouble dépressif. L'objectif de l'étude était d'estimer le potentiel de la thérapie intégrée de l'attachement dans une étude pilote, à travers des évaluations programmées au début (T1) à la fin du traitement (T2) et un an après le traitement (T3). Cette étude ouverte a intégré onze patients, souffrant du TDP, selon le DSM-5, suivis en ambulatoire, à l'hôpital Sainte-Anne à Paris. Ils présentaient également, une insécurité d'attachement s'actualisant dans le cadre d'une situation relationnelle problématique impliquant une figure d'attachement actuelle. Les évaluations ont été réalisées sur trois niveaux : la symptomatologie dépressive (MINI, BDI-II), l'attachement (RSQ) et le soutien social (SSQ6). Les résultats de la BDI-II- sur les trois temps d'évaluation montrent une évolution marquée par une réduction moyenne des scores dépressifs de 50 % entre le début et la fin du traitement. De plus, l'insécurité de l'attachement, telle qu'elle se reflète dans les styles d'attachement ainsi que dans les représentations de soi et des autres, s'améliore également. Les résultats obtenus par la TIA sont prometteurs et ouvrent ainsi de nouvelles perspectives thérapeutiques. De plus, cette étude suggère que l'activation chronique du système d'attachement peut être un prédicteur du développement d'un trouble dépressif persistant, justifiant notre vigilance.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

#### ABSTRACT

Persistent depressive disorder (PDD), newly developed in DSM-5, merges the diagnoses of chronic major depressive disorder with that of dysthymia. In comparison with the characterized depressive episode, PDD is distinguished by a more marked negative impact on the quality of life, a greater risk of hospitalization and suicide attempts, an often-earlier onset, and a duration of several years to several decades. The treatment of PDD is faced with a high rate of treatment failure or partial remission. In terms of psychotherapy, the only specific psychotherapy adapted to chronic depression is the Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). The initial trial showed that it had effects comparable to those of antidepressants and significantly increased efficacy when combined with medication. Subsequent trials, however, showed mixed results. Until now, PDD does not seem to answer to any know validated therapy for depression. One of the hypotheses that can explain this lack of results is attachment insecurity. Indeed, attachment insecurity is increasingly tackled in literature without being

Keywords:

Attachment

Persistent depressive disorder

Emotional regulation

Psychotherapy

\* Auteur correspondant. Centre de Thérapie Intégrée d'Attachement (CTIA), Groupe Hospitalier Universitaire - Sainte Anne, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France.  
Adresse e-mail : l.kheirallah@ghu-paris.fr (L. Kheirallah).

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2024.11.005>

0003-4487/© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

taken into consideration in conventional therapies. Although depression is multifactorial in origin, we now know that insecure attachment is a major risk factor for developing depression. In previous studies, insecure attachment is significantly associated with long-term depression. Considering this, the Attachment Integrated Therapy was adapted for PDD from an attachment-based approach. We felt it was essential to integrate the attachmental dimension in this conception since we raise relational problems, especially those that originate in early relationships. AIT is a time-limited therapy that was developed to support clients with insecure attachment whose security requires a direct and profound restructuring of attachment. AIT focuses mainly on what underlies the activation of the attachment system (in the event of threats to the relationship with the attachment figure), namely the representations of the self and of others by working on the concepts of self-confidence and confidence in others and their link with self-esteem. Secondly, by enabling the patient to develop attachment interaction skills. To achieve these two objectives, the AIT was developed in line with Bowlby's recommendations. Although Bowlby did not develop a therapy founded on his theory, he nevertheless identified five therapeutic tasks that can guide the attachment-oriented therapist in shaping their work. The purpose of the study was to assess the results of AIT on PDD, found at the beginning (T1) at end of therapy (T2), and one year after therapy (T3) on three levels: depressive symptoms, attachment insecurity and social support. This study included eleven clients, suffering from PDD followed in an outpatient setting, at the Sainte-Anne hospital in Paris. The assessments were conducted on three levels: Depressive symptomatology (MINI, BDI-II), Attachment (RSQ) and Social Support (SSQ6). The BDI-II- results over the three assessment times show an evolution, with an average reduction of depressive scores of 50% between the beginning and the end of the therapy. In addition, attachment insecurity as reflected in attachment styles as well as representations of self and others also improves with the AIT. The results at T3 shows the AIT is still helpful with the depressive symptoms, the self-representations, and the social support 1 year after the therapy completion even if we found an increase in the depressive symptoms at T3. However this increase, not being statistically significant, we can conclude that AIT still works 1 year after without speaking of relapse. Concerning the representation of self, we found an increase in the scores between T1 et T2 and a stabilization between T2 and T3. This shows that AIT continues to have an effect on the image of self, one year after therapy. However this improvement is not found in the representation of others, we found an improve between T1 and T2 even if it was not significant. However, the scores decrease between T2 and T3. Concerning the last variables, we noticed an improvement in the availability perceived by the participants between T1 and T3 with an improvement of the average mean. Regarding satisfaction, we also notice a significant improvement in T3. The findings and outcomes of the outpatient AIT program are promising. Moreover, this study suggests that chronic activation of the attachment system may be a predictor of the development of depressive persistent disorder. When treating depressive persistent disorder, attachment should therefore be addressed.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Environ 3 à 6 % de la population adulte des pays occidentaux souffrent de troubles dépressifs qui sévissent pendant au moins 2 ans au cours de leur vie [14]. Environ 20 à 30 % de patients souffrant de troubles dépressifs ont une évolution chronique [18]. Il s'agit d'un problème de santé publique avec un retentissement sanitaire et économique majeurs [29]. Parmi ces troubles dépressifs, nous retrouvons l'épisode dépressif caractérisé (EDC) et le trouble dépressif persistant (TDP) [1].

En comparaison avec l'épisode dépressif caractérisé, le trouble dépressif persistant se distingue 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 (< 21 ans) et une durée de plusieurs années à plusieurs dizaines d'années. À l'échelle individuelle, le trouble dépressif persistant a pour conséquence une altération profonde et prolongée du fonctionnement d'une personne [31].

La prise en charge thérapeutique de cette pathologie est confrontée à un taux élevé d'échec thérapeutique ou de rémission partielle [30]. La proportion de patients non répondeurs, n'obtenant pas de rémission ou développant des symptômes résiduels chroniques est estimée à près de la moitié des patients déprimés [15].

En matière de psychothérapie, la seule psychothérapie s'adressant au trouble dépressif persistant est la Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) [16]. C'est une thérapie intégrative adulte avec une dépression de type chronique (anciennement dysthymie dans le DSM 4-TR) qui combine des composantes de thérapies cognitives, comportementales, inter-

personnelles 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 la médication. Les essais ultérieurs ont cependant montré des résultats mitigés et l'efficacité relative du CBASP, des antidépresseurs ou de leur association, reste à clarifier [15]. L'une des explications est le manque de considération accordée à l'insécurité de l'attachement dans le TDP [22].

L'Association européenne psychiatrique considère malgré tout, que l'association de la psychothérapie et la pharmacothérapie reste plus efficace que la thérapie seule dans le trouble dépressif persistant. Par conséquent, la nature chronique de ce trouble pourrait nécessiter non seulement des traitements plus longs mais aussi plus structurés que ceux actuellement utilisés [9]. Dans une méta-analyse consacrée à la dépression majeure chronique et à la dysthymie, Cuijpers et ses collègues (2010) [9] ont noté qu'au moins 18 séances sont nécessaires pour que la psychothérapie ait un effet optimal sur ce trouble. Enfin, une autre méta-analyse a révélé qu'une des caractéristiques qui pourrait expliquer la difficulté dans la prise en charge était 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 et qu'il était donc important d'intégrer ce travail à la prise en charge [19].

Il en ressort que pour être adaptée à ce trouble, la thérapie devrait tenir compte de la relation thérapeutique, développer des stratégies spécifiques et intégrer le passé compliqué. C'est en tenant compte de ces principes que la TIA a été développée en se

basant sur la théorie de l'attachement et les pistes psychothérapeutiques proposées par Bowlby [5].

Avant d'aborder la TIA, un bref rappel entre la théorie de l'attachement et la dépression s'impose.

## 1. Théorie de l'attachement et Dépression

### 1.1. Théorie de l'attachement

Bowlby [5] conçoit l'attachement comme un système psychobiologique inné dont le fonctionnement sert à protéger l'enfant en le poussant à chercher la proximité et le contact auprès de personnes qui prennent d'habitude soins de lui (une figure d'attachement), lorsqu'il rencontre des situations potentiellement menaçantes ou dangereuses.

Les interactions avec des figures d'attachement disponibles et répondantes en cas de besoin promeuvent un sens de sécurité qui va par la suite s'enraciner dans des représentations mentales positives de soi et des autres, que Bowlby nome « Modèles Internes Opérants » (MIO). Dans le cas contraire, des MIO négatifs sont alors formés et des stratégies de régulation des affects vont être adoptés et émailler les relations futures de l'enfant. Ces MIO ont été utilisés par Bartholomew et Horowitz (1991) [2] afin de donner une nouvelle catégorisation des styles d'attachement :

- 1) style sécure : modèle de soi et d'autrui positif ;
- 2) style détaché (évitant) : modèle de soi positif et modèle d'autrui négatif ;
- 3) style préoccupé (ambivalent) : modèle de soi négatif et modèle d'autrui positif ;
- 4) style craintif : modèle de soi et d'autrui négatif.

### 1.2. Attachement et dépression

Comme présenté dans l'article de Raccah et al. (2022) [22], la dépression est d'origine multifactorielle, nous savons maintenant, que les styles d'attachement insécure constituent un facteur de risque majeur de survenue d'une dépression [22]. Certains auteurs ont révélé que le style d'attachement insécure est impliqué dans la survenue de la dépression au sein des modèles de stress, dans la mesure où il est associé à des troubles de la régulation des émotions, limitant l'adaptation face au stress [8]. Il apparaît donc, que le lien entre l'attachement et le trouble dépressif persistant est médié par la dysrégulation émotionnelle. Mais, encore faut-il connaître le mécanisme sous-jacent qui est à l'œuvre dans ces interactions, et décrire ce qui se passe au niveau de cette régulation émotionnelle en fonction des styles d'attachement. En effet, face à une situation stressante, les insécures activent leur système d'attachement. Ainsi, les ambivalents hyperactivent leurs émotions alors que les évitants les désactivent. Ces conduites portent le nom de stratégies d'attachement secondaires, comparativement aux stratégies d'attachement primaires en lien avec la régulation émotionnelle innée [25]. Pour Shaver et Mikulincer (2007) [26], c'est l'épuisement de ces stratégies d'attachement secondaires qui est à l'origine de la décompensation dépressive aiguë chez les insécures.

Au total, nous retenons qu'il faudrait tenir compte de la dysrégulation émotionnelle dans sa dimension attachementale, c'est à dire impliquant une figure d'attachement et s'exprimant dans le cadre d'une situation stressante, menaçant le lien d'attachement [23].

## 2. Le développement de la Thérapie Intégrée d'Attachement

La TIA est une thérapie limitée dans le temps qui a été conçue pour prendre en charge des patients insécures dont la sécurisation

requiert un remaniement direct et profond de l'attachement et en premier lieu ce qui mobilise le système d'attachement, à savoir les représentations de soi et de l'autre [23]. Elle a été développée en suivant les recommandations de Bowlby (1988) [5]. Bien que ce dernier n'ait pas laissé une thérapie fondée sur sa théorie, il a cependant, identifié cinq pistes qui sont de nature à guider le thérapeute « attachementiste » dans sa manière de façonner son travail. Ces éléments sont les suivants :

- fournir au patient une base de sécurité à partir de laquelle il peut explorer les divers aspects malheureux et douloureux de sa vie, passée et présente ;
- assister le patient dans son exploration en l'encourageant à considérer ses modes d'engagement dans les relations avec des figures significatives de sa vie actuelle, et évaluer quelles sont ses attentes par rapport à ses propres sentiments et comportements et par rapport à ceux des autres ;
- encourager le patient à examiner la relation thérapeutique, dans laquelle il véhicule toutes ces perceptions, constructions et attentes, en faisant le lien avec ce qu'impose son modèle interne opérant (MIO) ;
- encourager le patient à considérer comment ses perceptions actuelles, ses attentes et ses sentiments, ainsi que les comportements qu'ils induisent, peuvent résulter aussi des événements et situations qu'il a rencontrés durant son enfance et son adolescence, spécialement avec ses parents ;
- une fois qu'il a saisi la nature de ce qui gouverne ses représentations et a tracé leur origine, le patient peut commencer à comprendre ce qui l'a amené à voir le monde et lui-même de cette façon, et ainsi, la manière dont il se sent, pense et réagit.

Dans la conceptualisation de la TIA, nous avons cherché d'abord, à ne pas appréhender les représentations de soi et de l'autre, tel un conflit intrapsychique ou encore moins comme l'œuvre de pensées dysfonctionnelles. L'évitement de ce double écueil implique ipso facto, la création d'un nouveau cadre psychothérapeutique adapté.

Dans ce sens, trois leviers vont ainsi, constituer l'ossature du cadre opérationnel servant le déroulement de la TIA : La psychopathologie, la relation thérapeutique et l'intervention.

### 2.1. La psychopathologie

Pour rappel l'activation du système d'attachement se déclenche quand le sujet fait face à un stress important, mettant en jeu sa relation affective. Cette réaction en chaîne, fait intervenir à travers un processus complexe, plusieurs dimensions, dont les trois principales sont : les représentations de soi et d'autrui, les stratégies d'attachement secondaires ainsi que les relations interpersonnelles. Par ailleurs, nous avons vu précédemment, que c'est l'épuisement des stratégies d'attachement secondaires qui est impliquée dans la dépression aiguë [26].

Pour le TDP, nous proposons le modèle psychopathologique d'une activation du système d'attachement précoce (trouble repéré le plus souvent avant l'âge de 21 ans) et chronique rendant les stratégies d'attachement secondaires inopérantes.

La TIA aborde cet enchevêtrement en visant les mécanismes d'expression du trouble d'attachement – les stratégies d'attachement secondaires – pour atteindre le noyau de cette insécurité – les représentations de soi et d'autrui.

### 2.2. La relation thérapeutique

De manière à rester dans une orientation attachementale stricte, en TIA la relation thérapeutique n'est pas appréhendée à l'aune d'une trajectoire transférentielle. Pour la TIA, cela consiste

en un savoir être s'appuyant sur : *Une relation attachementale et une manifestation de l'empathie.*

Cette *relation attachementale* réunit d'un côté, le thérapeute dont la capacité d'être opérera en fonction de son style d'attachement et donc sa capacité à proposer pour son patient une **base de sécurité**. De l'autre côté, nous avons le patient qui aura sa façon d'être en fonction de son style d'attachement. Une certaine distance attachementale (qu'il convient de distinguer de la neutralité bienveillante) opérée par le thérapeute va accompagner la mise en place de cette base de sécurité. Ce réajustement a pour objet de faire face à la projection de l'insécurité d'attachement du patient en direction de l'intervenant. Le principe repose sur l'idée d'un équilibre subtil à trouver entre la satisfaction et la frustration des besoins d'attachement du patient.

### 2.3. L'intervention

La structuration de la TIA est composée de cinq étapes dont chacune possède un objectif précis s'articulant dans un ensemble de parties cohérent, porteur donc de sens.

Désormais, il est recommandé de proposer des approches adaptées aux profils des patients. Ainsi, la TIA réalise cette obligation selon le style d'attachement et la sévérité de l'insécurité d'attachement. En ce sens, une durée de la thérapie variable et des stratégies thérapeutiques spécifiques à chaque étape se chargent de cette mission.

À titre indicatif, la durée globale de la thérapie est estimée, selon le style d'attachement, entre 16 (préoccupé) et 20 (détaché) séances et pour le style craintif entre 20 et 24 séances. Plus le degré d'insécurité est élevé plus il devient nécessaire d'augmenter la durée, encore une manière de coller au profil du patient.

## 3. Présentation de l'étude

### 3.1. Objectifs

L'objectif principal était de mener une étude pilote, exploratoire sur l'efficacité de la TIA, sur une cohorte de 11 patients diagnostiqués avec un trouble dépressif persistant, à trois niveaux : l'intensité de la dépression, l'insécurité d'attachement et le soutien social.

### 3.2. Matériel et méthode

#### 3.2.1. Matériel

**3.2.1.1. Participants.** Nous avons recruté une cohorte de 11 patients qui remplissaient les critères diagnostiques de trouble dépressif persistant selon le DSM-5 [1] (Annexe 1). Ce diagnostic est posé (ou confirmé) lors de l'entretien d'inclusion par des psychiatres.

Au niveau des variables sociodémographiques étudiées : nous avons récolté des informations concernant l'âge actuel, l'âge de début d'apparition de symptômes, le statut conjugal, le statut professionnel, la présence d'enfant, la présence d'un traitement médicamenteux, et s'il y a déjà eu psychothérapie antérieure.

Au niveau des variables clinique : nous avons évalué l'intensité de la dépression, le style d'attachement et les représentations de soi et des autres, le soutien social et la présence de traumatisme.

Tous les participants ont été reçu afin de les informer sur l'objectif de l'étude et leur consentement éclairé par écrit pour participer à cette étude.

**3.2.1.2. Critères d'inclusion.** Etaient inclus les patients adultes majeurs (entre 18 et 65 ans), hommes et femmes, avec un trouble dépressif persistant selon les critères du DSM-5 [1] (Annexe 1), évoluant depuis au moins 2 ans, parlant français et pouvant se

présenter en consultation ambulatoire durant le suivi. Le recrutement et le suivi se déroulant au Centre Hospitalier Sainte-Anne à Paris.

**3.2.1.3. Critères d'exclusion.** Etaient exclus les patients présentant un épisode dépressif caractérisé au moment de la prise en charge ainsi que les patients présentant des comorbidités psychiatriques (troubles psychotiques, troubles de l'humeur, trouble du stress post traumatique, des comorbidités addictives [hors tabac], trouble de la personnalité sévère, troubles neurologiques et pathologies somatiques sévères ou invalidantes). Et les patients ayant déjà une psychothérapie en cours.

#### 3.2.2. Méthode

**3.2.2.1. Protocole.** L'étude se déroule sous la forme d'un essai ouvert prospectif à visée exploratoire. Elle prend la forme d'une série de cas avec une analyse des séries temporelles. Cette méthodologie a été proposée pour l'étude sur de petits effectifs de l'efficacité des psychothérapies [7].

**3.2.2.2. Schéma temporel.** L'évaluation des participants se composait de 3 temps : T1 (évaluation initiale préthérapeutique) pour validation de l'indication et inclusion dans l'étude, T2 (évaluation à la fin de la thérapie) et T3 (1 an après la fin de la thérapie) (Annexe 2).

**3.2.2.3. Échelles d'évaluation du diagnostic du trouble dépressif persistant, des comorbidités et de l'attachement.** Concernant les outils cliniques : nous avons utilisé la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) [27] pour le diagnostic de trouble dépressif persistant. La MINI est un bref entretien semi-structuré, conçu pour diagnostiquer les principaux troubles dans les DSM-IV et le DSM-5. Les études de validation mettent en avant de bons indices de fiabilité et de validité. L'intensité de la symptomatologie était évaluée avec la Beck Dépression Inventory (BDI-II) [3], traduit et validé en français par Bourque and Beaudette (1982) [4]. Cet auto-questionnaire de 21 items permet une estimation de l'intensité des symptômes dépressifs. Chaque items est gradué de 0 à 3, et le score final est calculé en additionnant les scores de chaque items. Au niveau de l'analyse des scores, un score final entre 0 et 9 indique qu'il n'y a pas de dépression, un score entre 10 et 18 indique une légère dépression, un score entre 19 et 29 indique un dépression modérée et un score entre 30 et 63 indique une dépression sévère.

Concernant les outils psychologiques : l'attachement était évalué avec le Relationship Scales Questionnaire (RSQ) [11], traduit et validé en français par Guedeney et ses collègues en 2010 [12]. Cet auto-questionnaire de 30 items regroupe 4 sous-échelles qui définissent les 4 styles d'attachement (sécure, préoccupé, évitant et craintif). Le participant cote chaque items sur une échelle de Likert en cinq points. Les scores de chaque échelle sont calculés en suivant les consignes de Griffin et Bartholomew [11] :

- la sous-échelle « sécure » : moyenne des items 3, 9(R), 10,15, 28(R) ;
- la sous-échelle « craintif » : moyenne des items 1, 5, 12, 24 ;
- la sous-échelle « préoccupé » : moyenne des items 6(R), 8, 16, 25 ;
- la sous-échelle « détachée » : 2, 6, 19, 22, 26.

Un score de modèle de soi et de modèle des autres peut être déduit à partir du score des échelles :

- Modèle de soi : (sécure + détaché)-(craintif + préoccupé) ;
- Modèle des autres : (sécure + préoccupé)-(craintif + détaché).

Le support social était évalué par le Social Support Questionnaire 6 (SSQ6) crée par Sarason et ses collègues en 1983 [24], validé en français par Bruchon-Schweitzer et ses collègues en 2003 [6]. Ce

questionnaire de 6 items permet d'avoir un score de satisfaction et de disponibilité. Pour cela, il est demandé au participant de faire une liste des personnes sur lesquelles il peut compter dans la situation décrite (maximum 9 personnes). Il lui est demandé ensuite de noter son degré de satisfaction par rapport à ce soutien (de 1 à 6). Ensuite les deux scores sont calculés, et nous obtenons un score de disponibilité (D) qui varie entre 0 et 54 et un score de satisfaction (S) qui peut varier entre 6 et 36. La disponibilité de la figure d'attachement ainsi que la satisfaction en lien à sa réponse étant les composants principaux de la base de sécurité [8], cela nous permet de faire l'hypothèse que les scores au SSQ6 peuvent être de bons indicateurs de la sécurité d'attachement.

**3.2.2.4. Prise en charge psychologique : la Thérapie Intégrée d'Attachement.** L'objectif était de proposer un suivi de 20 à 24 séances pour respectivement les préoccupés et les évitants ou craintifs sur un suivi moyen d'environ 6 mois. Les séances étaient de 45 minutes. Les notes écrites des thérapeutes constituaient le support d'aide à la supervision clinique concomitante. Le traitement s'appuyait sur quatre thérapeutes (moyenne d'âge : 38 ans), deux femmes et un homme, chacun ayant suivi la formation complète de la thérapie intégrée d'attachement (expérience < 5 ans). Les thérapeutes se rencontraient régulièrement pour une supervision clinique et les thérapies suivaient un programme adapté du manuel du Dr Rahioui, développé à la base pour l'épisode dépressif caractérisé [23].

**3.2.2.5. Analyses.** Le suivi de petits effectifs pour l'identification et l'évaluation d'effets significatifs au sein des psychothérapies a été validé et de nombreuses approches sont disponibles. L'approche descriptive s'appuie à l'analyse statistique paramétrique et non paramétrique pour des données appariées ne suivant pas la loi normale ; pour les comparaisons de moyennes des test *t* de Student ont été effectué grâce au logiciel IBM SPSS Statistics 26 [13]. Les données ont été recueillies entre octobre 2018 et mars 2021.

## 4. Résultats

### 4.1. Données sociodémographiques et cliniques

L'analyse sociodémographique des participants (Annexes 3 et 5) souligne une majorité de femmes (10 sur 11 participants) avec une moyenne d'âge de 41,8 ans (écart-type EC : 10) (Annexe 5). Nous notons également que pour huit des onze participants, la survenue des symptômes dépressifs apparaît avant l'âge de 21 ans [1] (moyenne : 19,3 ; EC : 5). De plus, 50 % des participants de notre cohorte sont célibataires. En termes de traitement, nous constatons qu'uniquement quatre participants (P3, P4, P6 et P11) étaient sous antidépresseurs (Inhibiteur sélectif de l'inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, ISRS) avant le début de la thérapie (> 2 ans) sans percevoir d'amélioration. Comme ce traitement était en cours depuis plus de deux ans, et que nous n'avions pas établi la prise d'antidépresseurs comme critère d'exclusion dû au temps de sevrage nécessaire, nous avons préféré garder ces patients et contrôler cette variable dans les analyses. Tous les participants avaient déjà entrepris une psychothérapie dans le passé sans percevoir d'amélioration sur le long terme.

Par ailleurs, quatre des participants ont pu répondre « oui » à la question suivante de la MINI : « avez-vous été le témoin ou souffert d'un événement traumatique » sans pour autant répondre aux critères du TSPT (Trouble du Stress Post-Traumatique) (Annexe 3).

### 4.2. Symptômes dépressifs

Les résultats obtenus au BDI des participants montrent une évolution au cours des trois temps d'évaluation (Annexe 8). Nous

constatons une diminution de plus de moitié dans la moyenne des scores entre T1 et T2 comme l'illustre l'Annexe 4. À T1, le score était de 26,3 (EC : 8,2) en comparaison au T2 qui, est de 10,7 (EC : 10,8) avec uniquement 4 participants ayant encore un score au-dessus de 11. Une réduction moyenne de plus de 50 %, montrant une réponse statistiquement significative de l'intervention selon le test *t* de Student :  $t(10) = 4,8, p < 0,001$  (Annexe 7).

De plus nous remarquons qu'à T3 les résultats restent stables (moyenne : 10,6, EC : 7,6) avec uniquement deux participants avec un score au-dessus de 11. En d'autres termes, bien que la moyenne des scores reste stable, nous remarquons une amélioration globale de la dépression chez nos participants. Lorsque nous comparons T1 à T3, nous observons une baisse significative des symptômes dépressifs  $t(10) = 4,5, p < 0,001$  (Annexe 7) démontrant une amélioration statistique des symptômes.

### 4.3. Attachement : représentation de soi et des autres

Nous pouvons remarquer grâce aux réponses obtenues, une évolution positive des modèles de soi et des autres. De fait, à T1 la représentation moyenne de soi était de -1,3 (EC : 1,7), avec seulement un seul score positif au modèle de soi (P3) (Annexe 5). Cependant, à T2 nous constatons un changement dans les scores ce qui entraîne une augmentation de la moyenne des représentations de soi qui, par la suite, devient positive (moyenne : 0,4, EC : 1,6). En ce qui concerne T3, le score moyen paraît se stabiliser autour de 0,4 (EC : 2,1). L'augmentation des représentations de soi entre T1 et T2 :  $t(10) = -3,1, p = 0,01$  et entre T1 et T3 :  $t(10) = -2,5, p = 0,03$ , est statistiquement significative. Tandis que le changement entre T2 et T3 ne l'est pas :  $t(10) = 0,5, p = 0,6$  (Annexe 7).

Pour ce qui est des représentations des autres, nous notons une hausse dans les moyennes entre T1 (moyenne : -0,2 ; EC 1,8) et T2 (moyenne : 0,5 ; EC : 1,7) (Annexes 4 et 7). Ces résultats nous permettent de conclure à une amélioration des représentations des autres entre T1 et T2 (Annexe 4) bien que cela ne soit pas statistiquement significatif  $t(10) = -0, p = 0,4$  (Annexe 7). De plus, ces résultats changent à T3 (moyenne : -0,6 ; EC : 1,6) avec une baisse statistiquement significative  $t(10) = 2,8, p = 0,02$  (Annexe 7).

### 4.4. Attachement : style d'attachement

À T1 pour le groupe, nous constatons la présence des trois styles d'attachement insécures avec une majorité d'attachement insécure de type préoccupé (5 sur 11 participants). Au niveau individuel, P3 à un attachement insécure de type évitant, et les cinq autres montrent un attachement insécure de type craintif (P1, P4, P9, P10 et P11).

À T2 nous remarquons un changement notable au niveau du groupe avec l'apparition du style d'attachement sécure. Au niveau individuel quatre des onze participants cotent sur un attachement de type sécure (P2, P3, P6, P8). Deux participants ont encore un score démontrant un attachement de type préoccupé (P4 et P5). Trois autres participants cotent sur un attachement de type évitant (P7, P9 et P10) (Annexe 4).

Néanmoins à T3 nous observons globalement un léger changement avec une majorité d'insécurité d'attachement. Au niveau individuel seulement deux participants ont encore un attachement sécure (P2 et P8). Trois participants ont un attachement de type évitant (P3 qui était sécure à T2, P7 et P10 avec toujours un style évitant). Deux autres participants scorent sur un type d'attachement de type préoccupé (P5 et P9). Concernant P1, il ne semble pas montrer de changements dans sa perception de ses relations (craintif à T1, T2 et T3). Quant à P11, il passe de craintif à T1 et T2, à évitant pour T3.

#### 4.5. Soutien Social

Le SSQ6 évalue le soutien social perçu par les participants. Comme le montre le [Annexe 5](#), nous constatons une amélioration de la disponibilité perçue par les participants entre T1 (moyenne 17,6 ; EC : 5,9) et T2 (moyenne : 20,6, EC 6,2) ([Annexe 4](#)). Cependant cette amélioration n'est pas statistiquement significative  $t(10) = -1,2, p = 0,3$  ([Annexe 7](#)).

Concernant la satisfaction, nous remarquons une amélioration non statistiquement significative à T2 avec une moyenne de 27,7 (EC : 6,1) pour 24,5 (EC : 4,4) à T1 avec  $t(10) = -1,6, p = 0,1$ .

Cette amélioration semble perdurer à T3 avec un score moyen de 19,7 (EC : 8,3) pour la disponibilité perçue de leur soutien social ainsi qu'un score moyen de 27,9 (EC : 5,5) pour la satisfaction perçue de leur soutien. Lorsque nous utilisons l'analyse statistique, nous obtenons une différence significative entre la moyenne de satisfaction à T1 et T3  $t(10) = -2,8, p = 0,02$  ([Annexe 7](#)).

### 5. Discussion

L'objectif de cette étude était de mener une étude pilote à visée exploratoire pour évaluer la faisabilité et l'efficacité de la TIA dans le trouble dépressif persistant sur l'intensité de la dépression, l'attachement et le soutien social. Nos résultats ont permis de montrer que la TIA permet une amélioration significative. En effet entre le début et la fin de la thérapie nous avons observé une amélioration des symptômes dépressifs et du soutien social, avec un maintien 1an après la fin de la thérapie, ainsi qu'une diminution de l'insécurité d'attachement.

#### 5.1. Dépression

Les résultats obtenus lors de notre étude soulignent une diminution de plus de la moitié de la symptomatologie dépressive chez nos participants nous permettant de parler de rémission des symptômes dépressifs [10] ([Annexe 5](#)). Cette baisse significative, met en évidence le changement de la dépression obtenu chez nos onze participants.

Ces résultats sont intéressants au vu de la littérature qui a mis en avant les limites et contradictions de l'action de la CBASP sur les symptômes du trouble dépressif persistant [15].

En comparaison avec des séances de soutien, la CBASP a montré de meilleurs résultats au niveau des symptômes dépressifs. En comparaison avec le traitement antidépresseur aucune différence significative sur la symptomatologie dépressive n'a été trouvée. Et en combinaison avec celui-ci de meilleurs résultats sont trouvés. Cependant à long terme, les effets positifs du groupe CBASP semble s'atténuer au bout de 12 semaines de suivi [15].

Pour revenir à notre étude, nous suggérons que la TIA avec les résultats positifs sur la symptomatologie dépressive maintenus 1 an après la fin de la thérapie, permet d'offrir une autre stratégie thérapeutique pour ces patients.

Concernant le traitement médicamenteux, quatre patients avaient encore des antidépresseurs (ISRS). Prenant en considération la longue durée de cette prise, il n'était pas possible d'effectuer un long processus de sevrage en pleine thérapie sans déstabiliser le sujet et impacter la thérapie. Le traitement pharmacologie doit être pris en compte comme une variable indépendante pouvant affecter l'issue du traitement pour certains sujets (P3, P4 et P6). Néanmoins, ce traitement a été prescrit pour une longue durée avant la TIA et n'a apporté aucune amélioration clinique. De plus, sept sujets n'étaient pas sous traitement durant la thérapie. D'ailleurs, aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée entre participants avec ou sans traitement.

#### 5.2. Représentations de soi et des autres et style d'attachement (RSQ)

Les résultats obtenus sur l'échelle d'attachement permettent de mettre en avant une amélioration des représentations de soi et des autres et donc de l'insécurité d'attachement.

Au sujet des représentations, nous notons qu'au début de la thérapie, à T1, la plupart des participants avaient des représentations d'eux-mêmes et/ou des autres négatives ([Annexe 4](#)). À T2, le modèle de soi (MS) s'est significativement amélioré T2 (0,4) et semble se stabiliser à T3 (0,4). Pour le modèle des autres (MA), il augmente à T2 (0,5) mais diminue de façon significative à T3 (-0,7). Si la TIA apparaît efficace sur les représentations de soi et des autres comme en témoignent ces résultats à T1 et T2, comment expliquer alors, la baisse de la partie relative au modèle des autres à T3 ? Tout simplement, par la réalité des relations interpersonnelles dans la mesure où si le patient a bien travaillé sur l'amélioration de ses représentations, il n'en demeure pas moins vrai qu'il reste soumis au modèle de fonctionnement de sa figure d'attachement qui elle, n'a pas changé.

Par ailleurs, et concernant tout particulièrement l'insécurité d'attachement, nos résultats permettent de mettre en évidence un changement dans les MIO négatifs et donc de l'insécurité d'attachement. Les données obtenues au cours de notre étude montrent qu'à T1, tous nos participants avaient un style d'attachement insécure et qu'à la fin de la thérapie, pour une grande majorité des participants, il y a un changement de leur style d'attachement. Ces résultats sont corroborés par la littérature qui met en évidence que le style d'attachement insécure génère des difficultés interpersonnelles (expliquées par les représentations négatives et des stratégies secondaires d'attachement) et est corrélé avec des événements de vie suscitant des épisodes dépressifs [28]. En travaillant sur l'insécurité d'attachement, la TIA semble avoir permis une amélioration de la dépression.

#### 5.3. Soutien social, dépression et attachement

La TIA apparaît également, mener à une amélioration de la disponibilité perçue et la satisfaction au sein des relations ([Annexes 3 et 4](#)) entre T1 et T2. Les résultats obtenus à notre étude montrent une évolution positive au niveau du soutien social après la TIA et qui se stabilise avec le temps.

Ce changement permet de renforcer les résultats positifs de la TIA sur la dépression et l'attachement. En effet Priel et al. (1995) [21] avaient précédemment démontré dans leur étude que le style d'attachement pouvait influencer de façon négative la perception du soutien social. Et Ognibene et Collins (1998) [20] avaient rapporté dans leurs travaux que les personnes ayant un attachement insécure et plus spécialement, celles avec un style préoccupé, avaient plus besoin des autres comparé aux personnes avec un attachement sécure, mais qu'elles étaient moins satisfaites du soutien reçu. Griffin et Bartholomew (1994) [11] ont expliqué le modèle de soi par « la mesure dans laquelle l'individu s'attend généralement à ce que les autres soient disponibles et les soutiennent », une personne préoccupée avec un modèle de soi négatif ne va donc pas s'attendre à ce que les autres soient disponibles pour elle. Une amélioration de l'insécurité d'attachement va donc permettre une amélioration du soutien social ce qui semble se retrouver dans nos résultats.

#### 5.4. COVID-19

Il est important de prendre en considération le contexte : l'évaluation à T3 s'est déroulée dans une période très difficile avec l'apparition de la COVID-19 et le confinement qui a eu lieu pendant de nombreux mois. Santé Publique France a signalé une augmentation des symptômes et des troubles dépressifs et anxieux

et une séparation entre les familles, les amis et les couples (Melchior et al., 2022) [17]. Par conséquent, nous considérons que cet évènement majeur a eu un impact significatif sur les patients dans leurs interactions et leurs capacités à mettre en pratique ce qui a été développé pendant la thérapie. Plus précisément, nous suggérons que cela a pu jouer un rôle sur leur perception des autres se traduisant par une diminution des scores du modèle des autres à T3. Cependant cela n'a pas engendré des conséquences sur le soutien social puisque nous retrouvons une stabilisation de la disponibilité et de la satisfaction perçues du soutien entre T2 et T3. En conclusion la TIA a permis de limiter le retentissement dépressif comme en témoigne les scores de la BDI.

## 6. Limites

Cette étude étant exploratoire, certaines limites doivent être reconnues. En effet la cohorte étant restreinte (11 participants) et majoritairement composée de femmes les résultats sont difficilement généralisables. De plus l'étude étant exploratoire, la TIA n'est pas comparée à un groupe contrôle.

De plus la crise sanitaire mondiale de 2020 a été une grande limite à notre étude même si elle était hors de notre contrôle. En effet celle-ci a affecté les participants et notre capacité à garder le même rythme d'évaluation pour tout le monde.

## 7. Conclusion

À notre connaissance, il n'existe aucune thérapie brève basée sur l'attachement traitant de la pathologie dépressive chronique, disponible et efficace. La Thérapie Intégrée d'Attachement ouvre des perspectives thérapeutiques pour non seulement, renforcer le petit arsenal thérapeutique visant le trouble dépressif persistant, mais également, elle donne, plus largement, un exemple de faisabilité d'une thérapie brève, basée sur l'attachement à explorer dans d'autres troubles impliquant l'insécurité d'attachement. Plus précisément, les découvertes exploratoires de cette étude ont des conséquences importantes pour le traitement du trouble dépressif persistant. En effet l'insécurité d'attachement semble être au cœur du processus sous-tendant le trouble dépressif persistant de par l'activation du système d'attachement précoce et chronique qui rend les stratégies d'attachement secondaires inopérantes. Il serait donc important de pouvoir proposer à ces patients une prise en charge basée sur l'attachement afin de les aider à améliorer les représentations d'eux et des autres qui semblent avoir une place primordiale dans la chronicité de la dépression. La Thérapie Intégrée d'Attachement semble répondre de manière positive et adaptée à ce niveau. Pour cela d'autres études contrôlées et randomisées sur de plus larges cohortes devraient être menées, en comparaison notamment, avec les traitements antidépresseurs.

## Éthique

Tous les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit pour participer à cette étude.

## Déclaration de liens d'intérêts

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

## Financement

Les auteurs n'ont reçu aucun financement pour cette étude.

## Remerciement

Les auteurs aimeraient remercier tous les membres de notre centre de thérapie pour leur aide tout au long de cette étude.

## Annexes 1–7. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <https://doi.org/10.1016/j.amp.2024.11.005>.

## Références

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub; 2013.
- [2] Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991;61(2):226.
- [3] Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561–71. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>. PMID: 13688369.
- [4] Bourque P, Beaudette D. Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones [Psychometric study of the Beck Depression Inventory on a sample of French-speaking university students]. *Can J Behav Sci/Rev Can Sci Comport* 1982;14(3):211–8.
- [5] Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development. New York, NY, US: Basic Books; 1988. xii, 205 p. [A secure base: Parent-child attachment and healthy human development].
- [6] Bruchon-Schweitzer M, Rascle N, Cousson-Gélie F, Bidan-Fortier C, Sifakis Y, Constant A. Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6). Une adaptation française. *Psychol Fr* 2003;48(3):41–53.
- [7] Cobb RJ, Davila J. Internal working models and change. In: Attachment theory and research in clinical work with adults. New York, NY, US: The Guilford Press; 2009. p. 209–33.
- [8] Conradi HJ, de Jonge P. Recurrent depression and the role of adult attachment: a prospective and a retrospective study. *J Affect Disord* 2009;116(1–2):93–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.027>. Epub 2008 Dec 16. PMID: 19087894.
- [9] Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatr* 2010;196(3):173–8. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066001>.
- [10] Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(9):851–5. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810330075011>. PMID: 1929776.
- [11] Griffin DW, Bartholomew K. Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol* 1994;67(3):430–45.
- [12] Guédény N, Fermanian J, Bifulco A. La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation): étude de validation du construit. *Encephale* 2010;36(1):69–76.
- [13] IBM Corp. Released 2019. IBM Statistics for Windows, version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2019.
- [14] Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):617–27. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jul;62(7):709. Merikangas, Kathleen R [added]. PMID: 15939839; PMCID: PMC2847357.
- [15] Machmutow K, Meister R, Jansen A, Kriston L, Watzke B, Härter MC, et al. Comparative effectiveness of continuation and maintenance treatments for persistent depressive disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;5(5):CD012855. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012855.pub2>. PMID: 31106850; PMCID: PMC6526465.
- [16] McCullough Jr JP, Schramm E, Penberthy JK. CBASP as a distinctive treatment for persistent depressive disorder: distinctive features. Routledge; 2014.
- [17] Melchior M, et al. L'impact de la pandémie Covid-19 sur la santé mentale des Français. *Sante Action* 2022;461:12–5.
- [18] Murphy JA, Byrne GJ. Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of Chronic Depressive Disorder. *J Affect Disord* 2012;139(2):172–80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.033>. Epub 2012 Mar 3. PMID: 22381955.
- [19] Nelson J, Klumpp A, Doebler P, Ehring T. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017;210(2):96–104. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>. Epub 2016 Dec 1. PMID: 27908895.
- [20] Ognibene TC, Collins NL. Adult attachment styles, perceived social support and coping strategies. *J Soc Pers Relat* 1998;15(3):323–45.
- [21] Priel B, Shamai D. Attachment style and perceived social support: Effects on affect regulation. *Pers Indiv Diff* 1995;19(2):235–41.
- [22] Raccach E, Kheirallah L, Rahioui H. L'Attachement dans les troubles dépressifs persistants chez l'adulte: une revue de la littérature. *Ann Medicopsychol Rev Psychiatr* 2023;181(7):614–8.
- [23] Rahioui H. La thérapie interpersonnelle. Presses Universitaires de France; 2016.
- [24] Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1983;44(1):127–39.

- [25] Shaver PR, Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics. *Attach Hum Dev* 2002;4(2):133–61.
- [26] Shaver PR, Mikulincer M. Adult Attachment Strategies and the Regulation of Emotion. In: *Handbook of emotion regulation*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2007. p. 446–65.
- [27] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatr* 1998;59(Suppl. 20):22–33. quiz 34–57. PMID: 9881538.
- [28] Slade A. Two therapies: attachment organization and the clinical process. In: *Attachment issues in psychopathology and intervention*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2004. p. 181–206.
- [29] 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(4):193–200. PMID: 17200596.
- [30] Torpey DC, Klein DN. Chronic depression: update on classification and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2008;10(6):458–64. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-008-0074-6>. PMID: 18980728.
- [31] Wells KB, Burnam MA, Rogers W, Hays R, Camp P. The course of depression in adult outpatients. Results from the Medical Outcomes Study. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(10):788–94. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820100032007>. PMID: 1417431.