

Citation recommandée : Gauthier, M., Rondeau-Brouillette, L., Bacque Dion, C. et Pautzé, R. (2018). *Recension des écrits sur les types d'attachement, le trouble réactionnel de l'attachement et le trouble de l'engagement social désinhibé*. Projet des cartes conceptuelles. CRUJeF, Université Laval.

Recension des écrits sur les types d'attachement, le trouble réactionnel de l'attachement et le trouble de l'engagement social désinhibé



Maryse Gauthier, CRUJeF
Léa Rondeau-Brouillette, Université de Sherbrooke
Claude Bacque-Dion, CRUJeF
Robert Pautzé, Université Laval

Mars 2018

Théorie de l'attachement : fondement du trouble réactionnel de l'attachement

Le fondement du trouble réactionnel de l'attachement repose sur la théorie de l'attachement, laquelle a été développée et peaufinée dans la deuxième moitié du XX^e siècle. Les bases conceptuelles de cette théorie sont exposées en 1969 par John Bowlby (Pierrehumbert, 2003) puis reprises et complétées quelques années plus tard par Mary Ainsworth et Mary Main. Ce sont les travaux de ces deux Américaines qui ont permis d'ancrer le concept d'attachement dans la psychologie du développement (Pierrehumbert, 2003).

L'héritage de John Bowlby (1907-1990) : les bases de la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement émerge des apports de l'intégration de la psychanalyse et de l'éthologie (Pierrehumbert, 2003), c'est-à-dire à la fois de l'étude des processus psychiques internes de l'individu et de l'étude du comportement des espèces animales.

Elle naît d'un intérêt de John Bowlby, psychanalyste, à fonder une théorie générale permettant de comprendre le développement relationnel de l'enfant. Partant de cet intérêt, l'auteur se concentre sur les mécanismes de la formation et du développement des relations d'attachement (Pierrehumbert, 2003). Il en ressort que les interactions réelles, les soins et la parentalité semblent avoir des implications sur le plan développemental (Pierrehumbert, 2003).

Les recherches de Bowlby mettent en évidence que l'enfant est influencé dans sa capacité à s'attacher à une figure parentale significative, en fonction du degré de réaction de la figure maternelle à la détresse exprimée (Ouellet, 2011). Le bébé s'attache à son pourvoyeur de soins (essentiellement la mère) pour assurer sa sécurité et sa survie (Ouellet, 2011). Il recherche la proximité d'une personne dès sa naissance, peu importe la qualité de la réponse qui lui sera offerte. Le lien d'attachement qu'il développe pourra par la suite servir de modèle à ses relations intimes et sociales (Ouellet, 2011).

Bowlby est reconnu pour avoir révisé les fondements des connaissances sur les relations parent-enfant et développé l'idée de l'importance des relations avec des figures stables pour le développement psychologique de l'enfant (Tarabulsy, Larose, Pederson & Moran, 2000). Les fondements de sa théorie de l'attachement sont repris peu après par une de ses étudiantes, Mary Ainsworth, qui parviendra à identifier différents types d'attachement.

La contribution de Mary Ainsworth (1913-1999) : l'élaboration d'une typologie de l'attachement

La contribution de Mary Ainsworth à la théorie de l'attachement est celle de démontrer les variations individuelles dans les mécanismes de formation et de développement des relations d'attachement puis d'intégrer ces différences dans une théorie (Pierrehumbert, 2003). Ces différences sont interprétées par Ainsworth en tenant compte des particularités liées aux histoires relationnelles spécifiques des individus (Pierrehumbert, 2003). Par exemple, l'auteure découvre que les différences de comportements de la figure maternelle ont un effet différentiel sur le comportement de l'enfant, ce qui amène à considérer l'existence de différents modes d'attachement (Ainsworth, 1985).

Une expérience révélatrice, permettant d'évaluer la relation d'attachement en dehors du milieu naturel dans un contexte de détresse, a été conduite par Ainsworth puis reprise par plusieurs

chercheurs. La « *situation étrangère* », inspirée des travaux de Bowlby, porte sur l'organisation des interactions et les relations parent-enfant dans le développement (Tarabulsy et coll., 2000). Elle permet d'étudier les capacités d'attachement et de séparation à travers l'existence ou non des signes d'inquiétude, d'alarme, de tristesse, etc. Il s'agit plus précisément d'une expérience en huit épisodes de trois minutes, chacun devant engendrer une tension graduelle (Pierrehumbert, 2003). La procédure est brièvement composée de deux séparations et deux réunions entre le parent et l'enfant et de l'introduction d'une personne étrangère dans la dyade parent-enfant (Tarabulsy et coll., 2000). Il ne s'agit pas d'une expérience prolongée mais qui, lorsque renouvelée (deuxième séparation), fournit un portrait évocateur du type d'attachement (Pierrehumbert, 2003).

Grâce à l'expérience de la « *situation étrangère* », Ainsworth parvient à définir trois types d'attachement : a) anxieux-évitant b) sécurisant et a) anxieux résistant ou ambivalent. Elle distingue donc les enfants ayant un attachement sécurisant de ceux ayant un attachement anxieux¹ (Ainsworth, 1985). L'auteure conclut que les relations d'attachement peuvent être similaires relativement à leur organisation et à la fonction qu'elles exercent (sécuriser), toutefois distinctes au regard des comportements qui les caractérisent (Tarabulsy et coll., 2000). Par exemple, deux enfants ayant une relation sécurisante avec leur mère pourraient agir différemment, l'un choisissant la proximité physique et l'autre l'interaction à distance comme les sourires ou les regards (Tarabulsy et coll., 2000). L'expérience d'Ainsworth permet également de confirmer le lien entre la sensibilité parentale et les comportements de l'enfant en période de détresse (Tarabulsy et coll., 2000).

Quoique la typologie de l'attachement définie par Ainsworth puisse décrire la majeure partie des différents types d'attachement, on découvrira un peu plus tard que certains enfants ne peuvent s'inscrire parfaitement dans l'un des types définis. Mary Main entreprendra dans ce contexte de définir un dernier type d'attachement dit « désorganisé ».

¹ L'attachement anxieux (voir types d'attachement A et C en page 5) est également considéré comme un attachement insécurisant et fréquemment décrit de cette manière dans la littérature.

L'avancée de Mary Main : le cas spécifique du trauma et de la perte dans l'attachement

Dans les années 1970 et 1980, la prise de conscience accrue de l'existence des abus physiques, des abus sexuels et de la négligence permet de jeter un regard sur les difficultés spécifiques d'adaptation dans les relations d'attachement. Les enfants exposés aux abus ou autres formes extrêmes de maltraitance sont non seulement menacés par la disponibilité de la figure d'attachement mais aussi par le danger potentiel lié à cette même figure. Cette dernière ne représente donc plus uniquement une source de sécurité, elle peut aussi être perçue comme une source de danger (Cassidy & Shaver, 1999). Dans de tels cas, les enfants sont susceptibles de réagir par la peur, figer ou encore donner l'impression d'être désorientés lorsque confrontés à la « *situation étrangère* ».

À la lumière de ces constatations, Main et Solomon (1990) ont proposé l'ajout d'un nouveau type d'attachement (désorganisé) pour les nourrissons n'étant pas en mesure de réguler leur détresse de façon cohérente (Béliveau, Bureau, Lemieux & Pallanca, 2009). L'ajout de cette nouvelle catégorie circonscrit les quatre types d'attachement connus à ce jour.

Types d'attachement et prévalence

Types d'attachement	Définitions Réactions observées en <i>situation étrangère</i> , à partir des études d'Ainsworth et coll. (1978) et Main et Solomon (1990)
L'attachement sécurisant (type B)	L'enfant interagit facilement avec son parent. Généralement, son exploration est efficace et structurée. Il est en détresse lors des séparations, mais réconforté au retour de son parent, ce qui lui permet de repartir explorer. Il pleure moins que les autres lors de la séparation, accueille le parent avec soulagement à son retour et cherche la proximité.
L'attachement évitant/insécurisant (type A)	L'enfant porte surtout son attention sur l'exploration, les jouets ou l'étranger. Les interactions avec le parent sont rarissimes. L'enfant explore le nouvel environnement sans devoir utiliser le parent comme « base sécurisante », ni même s'assurer de sa présence. Il peut facilement entrer en contact avec la personne non familière. Il paraît peu perturbé par le départ du parent au moment de la séparation et l'évite lors des réunions, donnant ainsi l'impression d'être indépendant. L'attachement évitant, en plus d'être insécurisant, est aussi reconnu comme un type d'attachement anxieux mais organisé.
L'attachement résistant-ambivalent/insécurisant (type C)	L'enfant manifeste une préoccupation constante à l'égard du parent. Les comportements d'exploration sont peu organisés et une crainte face à l'étranger peut être démontrée. L'enfant est en détresse au moment du départ du parent et difficilement consolable lors de son retour. Il cherche du réconfort lors de la réunion, toutefois de façon ambivalente. Il peut par exemple s'accrocher au parent pour s'en défaire peu après, de façon colérique. L'enfant ne retourne pas au jeu de manière efficace. L'attachement résistant-ambivalent, en plus d'être insécurisant, est aussi reconnu comme un type d'attachement anxieux mais organisé.
L'attachement désorganisé/insécurisant (type D)	Durant la situation étrangère, mais surtout durant les épisodes de réunion avec le parent, l'enfant manifeste (de façon suffisamment fréquente ou intense) des comportements inusités tels que de la crainte envers le parent, de la colère extrême, de l'ambivalence extrême ou des comportements désorganisés.

(Pierrehumbert, 2003, p. 109-110; Tarabulsky et coll., 2000, p. 11).

Prévalence

L'attachement sécurisant est présent chez environ 60 % des enfants de la population générale (Association des centres jeunesse du Québec [ACJQ], 2010). L'attachement anxieux-évitant est présent chez 15 % de la population générale, comparativement à 8 % pour l'attachement anxieux-ambivalent et 15 % pour l'attachement désorganisé (ACJQ, 2010). La prévalence de l'attachement désorganisé est de 86 % chez les enfants maltraités (ACJQ, 2010). La répartition des types d'attachement serait sensiblement la même d'une culture à l'autre (Candela, 2010).

Types d'attachement et trouble réactionnel de l'attachement

La connaissance des différents types d'attachement permet une meilleure compréhension du développement des relations chez l'enfant. De façon succincte, on peut dire que les enfants qui développent un lien sécurisant ont souvent une figure d'attachement accessible, disponible, sensible aux signaux, prévisible, attentive et démonstrative sur le plan affectif (Pierrehumbert, 2003). Les enfants qui développent un lien insécurisant ont au contraire une figure d'attachement peu accessible, peu disponible, moins sensible et parfois même indifférente aux besoins exprimés. Cette figure d'attachement peut aussi se montrer en déphasage affectif avec l'enfant (Pierrehumbert, 2003).

Malgré les difficultés d'attachement pouvant être associées aux types d'attachement insécurisant (A, C, D), il n'est pas possible de conclure que l'attachement insécurisant cause un trouble lié à l'attachement. Il doit plutôt être considéré comme un facteur de risque lié à certaines problématiques (ex. : abus de substances, trouble de personnalité, délinquance, etc.) (Zeanah & Smyke, 2008). L'attachement sécurisant (type B) devrait en revanche être perçu comme un facteur de protection (Zeanah & Smyke, 2008).

La distinction entre les attachements sécurisant (type B) et insécurisant (types A, C, D) s'avère néanmoins pertinente dans la compréhension des facteurs prédisposant l'apparition du trouble réactionnel de l'attachement. Par exemple, même si l'attachement insécurisant constitue un facteur de risque général de l'apparition du trouble réactionnel de l'attachement (Kobak, Sudler & Gamble, 1991), le lien entre ces deux éléments n'est pas causal. De plus, les enfants ayant un attachement désorganisé (type D) ne développeront pas assurément une pathologie liée à l'attachement (Boris, Hinshaw-Fuselier, Smyke, Scheeringa, Heller & Zeanah, 2004).

Trouble réactionnel de l'attachement : un diagnostic en évolution

La compréhension des facteurs de risque associés au trouble réactionnel de l'attachement (sous-types inhibé et désinhibé²) implique une compréhension plus large de l'évolution de la définition même de ce trouble. Les critères diagnostiques du trouble réactionnel de l'attachement ont effectivement été modifiés considérablement depuis la première incursion du trouble dans le DSM-III, ce qui a par le fait même teinté les résultats de recherche.

DSM-III

Apparition du trouble réactionnel de l'attachement et définition des sous-catégories

Le trouble est inclus dans le DSM-III en 1980. Son ajout reflète la préoccupation grandissante de la littérature portant sur les effets de la privation et de l'institutionnalisation³ des nourrissons et des jeunes enfants. Plusieurs termes avaient jusque-là été employés pour référer aux manifestations de ce trouble : retard de croissance, carence maternelle, dépression anaclitique, hospitalisme, etc. (Moser-Richters & Volkmar, 1994).

Le DSM-III associe le trouble réactionnel de l'attachement à une expérience de négligence sévère et précoce dans le cours du développement et à des difficultés significatives sur le plan des relations sociales. Dans le DSM-III, le trouble est divisé en deux sous-catégories, à savoir inhibé et désinhibé. Dans le premier type, les enfants présentent des comportements intériorisés comme la peur, l'évitement et le retrait. Dans le second type, les enfants présentent des comportements extériorisés comme une socialisation superficielle et indiscriminée⁴ (American Psychological Association [APA], 1987).

DSM-IV

Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance : maintien du *statu quo*

Dans le DSM-IV, la définition du trouble est maintenue selon les deux sous-types inhibé et désinhibé identifiés dans le DSM III. Peu de changements sont apportés. Textuellement, le manuel de référence indique que la caractéristique essentielle de ce trouble est un mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations, qui a débuté avant l'âge de 5 ans et est associé à une carence de soins manifeste (critère A).

La carence de soins manifeste peut prendre la forme d'une négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant concernant le confort, la stimulation et l'affection (critère C1); d'une négligence persistante des besoins physiques élémentaires de l'enfant (critère C2); ou de changements répétés des personnes prenant soin de l'enfant, empêchant l'établissement de liens d'attachement stables (ex. : changements fréquents de nourrice ou de parents adoptifs) (critère C3).

² Voir définition du DSM-III au paragraphe suivant pour compréhension des sous-types inhibé et désinhibé.

³ Le terme institutionnalisation est utilisé dans ce document en référence aux enfants qui grandissent dans des milieux comme les orphelinats et/ou autres institutions d'état (ex. : orphelinats en Roumanie). Le placement en famille d'accueil ne constitue pas une forme d'institutionnalisation au sens où le terme est utilisé dans ce document et dans les recherches portant sur le sujet.

⁴ Une socialisation indiscriminée réfère à un manque de sélectivité dans le choix des figures d'attachement.

On présume que la carence de soins est responsable du manque de réactivité dans le comportement social (critère D).

Type inhibé : l'enfant montre une incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée à son développement. Il a un mode de réponse excessivement inhibé, hypervigilant ou nettement ambivalent (ex. : vigilance glacée, refus de se laisser consoler, alternance de mouvements d'approche et de réactions de fuite) (critère A2).

Type désinhibé : on observe un mode d'attachement diffus. L'enfant manifeste une sociabilité indifférenciée ou un manque de sélectivité dans le choix des figures d'attachement (critère A2). La perturbation n'est pas uniquement imputable à un retard du développement (ex. : comme dans le retard mental) et ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement (critère B).

DSM-V

Réaménagement de la définition du trouble réactionnel de l'attachement : exclusion du sous-type désinhibé et retrait de l'appellation « de la première ou de la deuxième enfance »

Le DSM-V apporte un changement majeur dans la définition du trouble, notamment à la suite d'une importante étude réalisée par Gleason et coll. (2011) auprès d'un groupe d'enfants orphelins en Roumanie. Les sous-types inhibé et désinhibé sont dorénavant définis comme des troubles distincts : le trouble réactionnel de l'attachement et le trouble de l'engagement social désinhibé.

Le premier ressemble davantage aux troubles de comportements intériorisés et est fréquemment associé à des signes dépressifs. Il est essentiellement équivalent à un manque d'attachement ou un attachement incomplet envers un pourvoyeur de soins préféré par l'enfant (APA, 2013). Le deuxième trouble s'apparente plus étroitement à un problème de contrôle des inhibitions sociales. Il peut survenir non seulement chez les enfants ayant un lien d'attachement insécurisant mais aussi chez ceux ayant établi une relation d'attachement sécurisante (APA, 2013; Gleason et coll., 2011). Le manuel de classification internationale des maladies, le CMI-10, fait la distinction entre les deux troubles depuis plus de dix ans.

Les deux troubles résultent de la négligence ou d'autres situations qui limitent les opportunités d'un jeune enfant de former des attachements sélectifs (Julien, 2015), comme le fait de grandir en institution (Gleason et coll., 2011). Il est nécessaire qu'il y ait perturbation dans la capacité de l'enfant à développer des relations sociales appropriées (Follan & Minnis, 2010). Les difficultés doivent être persistantes, mais susceptibles de changer si l'enfant est pris en charge dans un environnement favorable (Follan & Minnis, 2010). Dans le cas du trouble réactionnel de l'attachement, ces difficultés doivent apparaître avant l'âge de 5 ans (APA, 2013).

Trouble réactionnel de l'attachement : critères diagnostic les plus récents (DSM V)

A) La répétition systématique de comportements inhibés et de comportements de retrait émotif envers les adultes pourvoyeurs de soins, qui se manifeste par les deux critères suivants:

1. L'enfant cherche rarement ou minimalement le confort en cas de détresse.
2. L'enfant répond rarement ou minimalement au réconfort en cas de détresse.

B) Une perturbation sociale et émotionnelle persistante caractérisée par au moins deux des critères suivants:

1. Réponse sociale et émotionnelle minimale à autrui.
2. Affect positif limité.
3. Épisodes d'irritabilité inexplicée, de tristesse ou de peur évidents, même lors des interactions non menaçantes avec les adultes.

C) Épisode de carence de soins extrême, devant être démontré par au moins un des éléments suivants:

1. Négligence sociale ou privation pouvant se présenter sous la forme d'un manque continu de réponse aux besoins émotionnels de base de l'enfant relativement au confort, à la stimulation et à l'affection.
2. Changements répétés des principaux pourvoyeurs de soins de l'enfant, limitant les opportunités d'établir des liens d'attachement stables (ex. : changements fréquents de familles d'accueil).
3. Développement de l'enfant dans un contexte particulier limitant sérieusement les possibilités de former des liens d'attachement sélectifs (ex. : milieu institutionnel avec un nombre élevé d'enfants pris en charge).

D) Le type de soin reçu défini au critère C est vraisemblablement responsable du comportement perturbé défini au critère A (ex : les comportements décrits au critère A ont commencé à la suite d'une carence de soins décrite au critère C).

E) Les critères ne répondent pas au trouble du spectre de l'autisme.

F) Les manifestations sont évidentes avant l'âge de 5 ans.

G) L'enfant a un âge développemental d'au moins 9 mois.

L'on peut spécifier la persistance du trouble s'il est présent depuis plus de douze mois. Est considéré comme sévère un trouble réactionnel de l'attachement chez l'enfant qui présente l'ensemble des symptômes décrits et que ceux-ci se manifestent à un niveau élevé.

Trouble réactionnel de l'attachement : principales caractéristiques

- Ce trouble réfère à l'ancien sous-type inhibé du DSM IV

Le trouble du comportement social prédominant est l'incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée au stade du développement (APA, 2003). L'enfant résiste à initier des interactions sociales ou même à y répondre, est retiré sur le plan émotionnel, est particulièrement vigilant ou ambivalent (Raaska et coll., 2013).

L'enfant présente fréquemment des critères diagnostics similaires à ceux de la dépression; il est souvent en retrait (Alston, 2000 dans Haugaard & Hazan, 2004).

Exemples de comportements inhibés (Haugaard & Hazan, 2004; Smyke, Dumitrescu & Zeanah, 2002):

- S'isoler des autres, surtout à la suite d'une expérience physique ou psychologique douloureuse;
- Éviter ou rejeter tout geste ou commentaire réconfortant, comme s'il était non nécessaire ou non désiré;
- Chercher à s'apaiser par des comportements comme se caresser, se bercer, consommer des drogues et de l'alcool;
- Être extrêmement vigilant;
- Être agressif envers ses pairs;
- Refuser l'aide ou le soutien en cas de besoin;
- Être maladroit et mal à l'aise dans les interactions sociales;
- Masquer les sentiments de colère ou de détresse;
- Ne pas démontrer de préférence quant à la figure d'attachement (absence d'attachement sélectif)

Trouble de l'engagement social désinhibé: principales caractéristiques

- Ce trouble réfère à l'ancien sous-type désinhibé du DSM IV

On réfère à ce sous-type lorsque le principal trouble du comportement social est une sociabilité indifférenciée ou un manque de sélectivité dans le choix des figures d'attachement (APA, 2003).

L'enfant manque de retenue envers les adultes non familiers et tend à transgresser les frontières sociales (Zeanah & Gleason, 2015). Le trouble peut persister même dans un contexte où l'enfant reçoit des soins appropriés et arrive à développer un attachement sélectif (Zeanah & Gleason, 2015).

Exemples de comportements désinhibés (Haugaard & Hazan, 2004; Zeanah & Gleason, 2015) :

- Non-respect des frontières sur le plan social et physique (ex : enfant intrusif envers l'étranger, recherche activement le contact physique, pose des questions trop familières);
- Exagération des besoins ou encore les besoins ne sont pas dirigés vers la bonne personne;
- Comportements enfantins (inappropriés pour le stade de développement) surtout envers la figure adulte;
- Être démesurément familier et affectueux envers les étrangers;
- Rechercher le réconfort auprès de personnes avec qui il n'y a aucun lien de tissé;
- Exprimer de la détresse sans raison apparente ou exagérer le besoin de soutien;
- Démontrer une anxiété chronique, même en l'absence de menace;
- Être fréquemment victime d'intimidation;
- Avoir souvent et facilement des béguins amoureux intenses, surtout pendant l'adolescence;
- Être fréquemment victimisé dans ses relations;
- Adopter des comportements de promiscuité sexuelle.

Enjeux diagnostics

Les enjeux diagnostics du trouble réactionnel de l'attachement doivent être considérés en toute connaissance du contexte de redéfinition récente du trouble. Les recherches qui traitent de ces enjeux réfèrent pour la plupart à la définition du DSM IV incluant les deux sous-types inhibé et désinhibé.

En 2013, Kay & Green soutiennent qu'il n'y a pas de norme établie au regard du meilleur choix de mesure permettant d'identifier le trouble réactionnel de l'attachement. Les variations liées au choix de mesure et à la conceptualisation peuvent donc contribuer à la présence de disparités dans les résultats de recherche (Kay & Green, 2013).

Par ailleurs, la compréhension des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux associés au trouble réactionnel de l'attachement demeure limitée (Hanson & Spratt, 2000). Les diagnostics et traitements sont également complexes puisque les troubles mentaux, problèmes de santé physique et problèmes développementaux sont souvent concomitants et, par le fait même, susceptibles de nécessiter une évaluation et un traitement supplémentaire (Hanson & Spratt, 2000).

La similarité de certains critères diagnostiques du trouble réactionnel de l'attachement à d'autres troubles comme les troubles des conduites ou de l'opposition pourrait aussi engendrer un mauvais

diagnostic, de sorte qu'on en vient à surreprésenter le trouble (Wilson, 2001). À l'inverse, certains croient que le trouble réactionnel de l'attachement pourrait aussi être sous-diagnostiqué par le fait qu'il est mal compris. On évoque aussi qu'il pourrait être confondu avec d'autres troubles comme le TDAH (Sheperis, Renfro-Michel et Doggett, 2003), le spectre de l'autisme et le syndrome de stress post-traumatique (Zeanah et coll., 2006 dans Balbernie, 2010).

Il est possible d'émettre un diagnostic tardif de trouble réactionnel de l'attachement. Cependant, à l'adolescence, le trouble est rarement diagnostiqué seul puisqu'il y a fréquemment présence de critères diagnostics liés à d'autres troubles comme le trouble de l'attention, le syndrome de stress post-traumatique, les troubles de l'humeur et des conduites (Kempf & Voeller, 2008).

Des auteurs ont aussi observé la présence de symptômes mixtes du trouble de l'attachement réactionnel et du trouble de l'engagement social désinhibé chez plusieurs enfants alors que ces deux troubles n'étaient pas encore considérés comme distincts (Smyke et coll., 2002). Une étude plus récente de Zeanah, Scheeringa, Boris, Heller, Smyke et Trapani (2004) a permis de découvrir que 17 % des enfants de leur étude (enfants âgés entre un et trois ans, ayant subi de la maltraitance et vivant en famille d'accueil) présentaient des symptômes mixtes. Il y aurait cependant prédominance, dans la plupart des cas, de comportements inhibés ou désinhibés chez l'enfant (Wilmshurst, 2013) permettant de pencher pour l'un ou l'autre des diagnostics plutôt que les deux. Le sous-type désinhibé serait beaucoup plus fréquent que le sous-type inhibé (Heller, Boris, Hinshaw-Fuselier, Page, Koren-Karie & Miron, 2006).

Prévalence

La prévalence du TRA est difficile à estimer en raison des changements de critères diagnostics au fil des années, du manque de familiarité des cliniciens avec ce trouble et de la complexité méthodologique des recherches portant sur le sujet (ex : étudier des enfants en contexte institutionnel nécessite des considérations éthiques particulières et exige d'effectuer des recherches en milieu particulier comme en orphelinat) (Hanson & Spratt, 2000). Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux nous indique malgré tout que ce trouble est très rare (APA, 1994). Une étude plus récente abonde aussi dans ce sens (Boris et coll., 2004).

Le trouble apparaît rare dans les échantillons cliniques d'enfants, même ceux à haut risque de négligence, qu'ils soient institutionnalisés ou non (Gleason et coll., 2011; Zeanah & Smyke, 2008). L'une des difficultés que pose l'estimation de la prévalence est que les échantillons sont souvent petits et proviennent d'orphelinats ou de familles d'accueil (O'Connor, Spagnola, Byrne, 2012). De ce fait, la problématique est très peu étudiée auprès de la population d'enfants non institutionnalisés (Zeanah & Gleason, 2010 dans Kay & Green, 2013). Qui plus est, aucune recherche longitudinale ne permet de suivre l'évolution du trouble au cours des périodes de l'enfance et de l'adolescence (Zeanah & Gleason, 2010 dans Kay & Green, 2013).

Werner-Wilson et Davenport (2003) ont recensé trois études moins récentes qui concluent que la prévalence du trouble réactionnel de l'attachement n'est pas si rare qu'on le dit. Ces études ne permettent cependant pas d'établir la prévalence exacte, sont peu actuelles et présentent des limites méthodologiques considérables (ex. : recherche réalisée dans un centre d'adoption ou par un centre médical privé, ce qui augmente le nombre de diagnostics).

FACTEURS DE RISQUE associés aux ATTACHEMENTS INSÉCURISANTS (types A, C, D)

Vulnérabilités personnelles de l'enfant	
Profil génétique	<p>Le profil génétique doit être considéré comme un facteur de risque parmi plusieurs, lequel interagit de façon complexe avec d'autres facteurs comportementaux. Il est entendu que les prédispositions génétiques défavorables, couplées au milieu dans lequel se développe l'enfant, contribuent à la survenue de comportements sociaux complexes et de psychopathologies (Lyons-Ruth, Zeanah & Benoit, 2003).</p> <p>Les variations du système sérotoninergique chez les enfants permettent en partie d'expliquer les écarts de sensibilité dans la relation d'attachement (Humphreys, Zeanah, Nelson, Fox & Drury, 2015).</p>
Prématurité	<p><u>Les études traitant du lien entre la prématurité et l'attachement sont assez contradictoires</u> (Tarabulsky et coll., 2000). Certaines n'établissent pas de lien entre ces deux éléments, soutenant que la distribution des catégories d'attachement chez la population des bébés prématurés est similaire à celle des bébés nés à terme (Frodi & Thompson, 1985; Easterbrooks, 1989; Korja, Savonlahti, Haataja, Lapinleimu, Manninen, Piha & Lehtonen, 2009; Macey, Harmon & Easterbrooks, 1987; Rode, Chang, Fisch & Sroufe, 1981).</p> <p>D'autres études concluent au contraire en un lien entre la prématurité et le type d'attachement. Parmi elles, certaines associent la prématurité à l'attachement insécurisant (Laganière, Tessier & Nadeau, 2003; Mangelsdorf, Plunkett, Dedrick, Berlin & Meisels, 1996; Plunkett, Meisels, Stiefel, Pasick & Roloff, 1986; Wille, 1991), tandis que d'autres l'associent à l'attachement sécurisant (Goldberg, Perrotta, Minde et Corter, 1986).</p>

Vulnérabilités personnelles des parents	
Jeune âge de la mère	<p>Les enfants de mères adolescentes sont plus à risque de développer un attachement insécurisant (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2010). Il s'agit d'un facteur de risque socioéconomique susceptible de compromettre la qualité du lien parental, même en l'absence de négligence (Cyr et coll., 2010).</p>
Symptômes dépressifs chez la mère	<p>La dépression maternelle postnatale est susceptible d'avoir des implications sur la relation d'attachement. Le type d'attachement peut effectivement être affecté par la qualité des soins maternels (ex. : disponibilité, sensibilité et qualité de la réponse aux signaux du bébé). Un enfant pourrait avoir plus de difficulté à développer une relation sécurisante auprès d'une mère dépressive (Pierrehumbert, 2003).</p>
Consommation d'alcool de la figure parentale	<p>La consommation d'alcool de la mère de même que celle du père est associée au développement d'un attachement insécurisant (Edwards, Eiden & Leonard, 2004).</p> <p><u>Un résultat contradictoire a cependant été obtenu quelques années plus tôt dans une étude traitant de l'attachement désorganisé (type D). La consommation d'alcool ou l'abus de substance de la mère n'ont pas pu être associés à l'attachement désorganisé</u> (Carlson, 1998).</p>

Comportements antisociaux de la mère	Les comportements antisociaux de la mère sont associés au développement d'un attachement insécurisant puisqu'ils peuvent avoir une incidence sur les conduites parentales et la qualité du lien mère-enfant (Edwards, Eiden & Leonard, 2004).
Style de soins de la mère	Ce facteur de risque est associé au développement d'un attachement désorganisé. Une faible sensibilité maternelle et le fait d'être intrusive (versus coopérative) constituent deux caractéristiques défavorables au développement d'un lien sécurisant (Carlson, 1998).
Monoparentalité	Ce facteur de risque socioéconomique est associé au développement d'un attachement désorganisé (Carlson, 1998).
Faible sensibilité paternelle	Bien que peu d'études aient été conduites sur le lien d'attachement avec la figure paternelle, Edwards et coll. (2004) se sont intéressés à cet aspect. Ils ont découvert qu'une faible sensibilité paternelle aux besoins de l'enfant était associée à un attachement insécurisant (Edwards et coll., 2004).
Représentations mentales de l'attachement par les parents	Les représentations mentales de l'attachement par les parents (représentations de leurs expériences vécues dans l'enfance), lesquelles se manifestent par le langage/la communication, influencent fortement la qualité de l'attachement avec l'enfant (van IJzendoorn, 1995; Greenberg, Speltz & DeKlyen, 1993). Ces représentations déterminent donc la réponse aux signaux d'attachement de l'enfant et, par le fait même, dirigent le développement socio-émotionnel de l'enfant, particulièrement sa relation d'attachement avec son parent (van IJzendoorn, 1995). Les représentations mentales de l'attachement de la figure maternelle seraient plus influentes que celles de la figure paternelle (van IJzendoorn, 1995).
Transmission intergénérationnelle	Il y aurait une transmission intergénérationnelle du type d'attachement entre la mère et son enfant dans 68 % à 80 % des cas (Paquette, 2002).

Conditions défavorables	
Conditions socioéconomiques des parents	Les enfants qui vivent dans des conditions socioéconomiques à haut risque sont plus enclins à développer un style d'attachement insécurisant que les enfants provenant de familles à faible risque sur le plan socioéconomique, ceci indépendamment du fait qu'ils aient été victimes de mauvais traitements ou non. L'accumulation de plusieurs conditions socioéconomiques défavorables augmente les risques de développer un attachement désorganisé (Cyr et coll., 2010).
Facteurs de stress des parents	Les parents d'enfants qui présentent un type d'attachement insécurisant ont généralement une situation de vie difficile , laquelle est ponctuée de multiples facteurs de stress . Le stress éprouvé par le pourvoyeur de soins peut réduire sa capacité d'être attentif aux besoins de son enfant et d'y répondre (Haugaard & Hazan, 2004).
Profilage racial et guerre	Le profilage racial et la guerre , autres formes de traumatismes complexes, peuvent interférer dans le développement d'un attachement sécurisant avec le pourvoyeur de soins (Cook et coll., 2005).

Chronosystème de l'enfant	
Maltraitance et abus	<p>Les abus de type physique, sexuel et émotionnel, la négligence et la violence conjugale (autrement dit les traumatismes complexes) interfèrent dans le développement d'un attachement sécurisant (Cook et coll., 2005).</p> <p>La probabilité qu'un enfant maltraité développe un lien sécurisant est donc très faible (Cyr et coll., 2010). Ceci s'explique par le fait que des comportements tels que la violence physique ou l'absence de dispensation des soins de base sont opposés aux attitudes maternelles empreintes de sensibilité et d'attention pouvant correspondre à un attachement sécurisant (Bisaillon, 2008).</p>
Institutionnalisation	<p>Les enfants qui grandissent en milieu institutionnel sont plus à risque de développer un attachement insécurisant (Chisholm, 1998; Dumais, Cyr & Michel, 2014), particulièrement s'ils sont jeunes et qu'ils ont des capacités physiques et physiologiques plus limitées (Dumais et coll., 2014). Il n'est cependant pas exclu que plusieurs d'entre eux puissent développer un attachement sécurisant lorsqu'ils intégreront un nouveau milieu de vie (Chisholm, 1998). On reconnaît trois catégories de facteurs pouvant influencer le développement de l'attachement chez les enfants institutionnalisés : les caractéristiques individuelles de l'enfant, la qualité de la relation entre l'enfant et les pourvoyeurs de soins et la structure/mentalité institutionnelle. Le dernier facteur serait le plus influent (Dumais et coll., 2014).</p>
Placement en famille d'accueil	<p>La multiplicité des placements par les instances de protection peut mener à une rupture du lien d'attachement dès l'enfance (Ford, Chapman, Connor & Cruise, 2012; Scott, 2003). Cette rupture constitue un élément clé du développement des traumatismes complexes chez les enfants, en plus de contribuer au développement de troubles sévères de la conduite, d'hyperactivité (Ford et coll., 2012), de troubles d'anxiété, de dépression, de difficultés d'apprentissage (Scott, 2003) et de comportements antisociaux et agressifs (Greenberg et coll., 1993).</p> <p>Il faut cependant savoir que les enfants institutionnalisés qui seront placés plus tôt en famille d'accueil auront plus de chances de développer un attachement sécurisant que ceux qui demeureront en institution (McLaughlin, Zeanah, Fox & Nelson, 2012).</p>

Types d'attachement et fonctionnement social/comportemental/psychologique

Attachement sécurisant (type B)

- L'attachement sécurisant agit en tant que facteur de protection permettant de prévenir le développement de psychopathologies (O'Connor & Elklit, 2008), notamment le trouble de la personnalité limite (Barone, 2003).
- L'attachement sécurisant augmente la motivation de l'enfant à explorer son environnement physique et social en toute confiance (Shaw & Paez, 2007).
- L'attachement sécurisant est associé à une perception positive de sa valeur propre (Cummings & Cicchetti, 1990).

Attachement insécurisant (types A, C, D)

- L'attachement insécurisant (types A, C et D) augmente le risque de présenter des difficultés d'adaptation sociale, des déficits cognitifs et des troubles psychopathologiques chez l'enfant (Lyons-Ruth & Jabobvitz dans Dumais et coll. 2014)
- L'attachement insécurisant (types A, C et D) est associé au développement de plusieurs troubles psychiatriques, dont le syndrome de choc post-traumatique (O'Connor & Elklit, 2008).
- L'attachement insécurisant (types A, C et D) est associé aux symptômes psychotiques découlant d'un syndrome de choc post-traumatique (Berry, Ford, Jellicoe-Jones & Haddock, 2015).
- L'attachement insécurisant (types A, C et D) est associé à une prévalence élevée de symptômes dépressifs d'une génération à l'autre, c'est-à-dire que cette caractéristique serait intergénérationnelle (Brenning, Soenens, Braet & Bosmans, 2011).
- L'attachement évitant (type A) est associé au développement de troubles de comportements extériorisés (Goldberg, Gotowiec & Simmons, 1995).
- L'attachement évitant (type A) est un facteur parmi plusieurs permettant de prédire la boulimie chez les femmes (Koskina & Giovazolias, 2010).
- L'attachement insécurisant, de type évitant ou résistant-ambivalent (types A et C) est associé à la croyance que sa propre personne ne vaut pas la peine d'être aimée ou affectionnée (Coleman, 2003).
- L'attachement désorganisé (type D) prédit une réaction pathologique lorsque le sujet est exposé à un traumatisme (Barone, 2003).
- L'attachement désorganisé (type D) est associé aux troubles de comportements chez l'enfant et aux comportements d'agression à l'âge préscolaire et scolaire chez les enfants défavorisés (Bisaillon, 2008).
- L'attachement désorganisé (type D) a des impacts négatifs sur le fonctionnement académique et cognitif (Bisaillon, 2008).
- L'attachement désorganisé (type D) est l'un des facteurs permettant de prédire la dissociation à l'adolescence (Carlson, 1998).
- L'attachement désorganisé (type D) est l'un des facteurs permettant de prédire la survenue de psychopathologies à l'adolescence (Carlson, 1998).

FACTEURS DE RISQUE du TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT (TRA) (ancien sous-type inhibé)

Vulnérabilités personnelles de l'enfant	
Vulnérabilités génétiques	Certaines caractéristiques génétiques prédisposent au TRA, particulièrement chez les garçons (Minnis, Reekie, Young, O'Connor, Ronald, Gray & Plomin, 2007). Par exemple, le tempérament de l'enfant (ex. : les comportements inhibés ou de retrait) peut augmenter le risque de développer le trouble réactionnel de l'attachement dans un contexte de maltraitance (Zeanha & Fox, 2004).
Attachement anxieux	Les enfants présentant un patron d'attachement anxieux seraient plus à risque de présenter un TRA (Pritchett, Rochat, Tomlinson & Minnis, 2013b). Par ailleurs, on note que les enfants présentant un TRA (selon le DSM-IV) ont plus de risque d'avoir un attachement anxieux, particulièrement un attachement désorganisé (Minnis, Green, O'Connor, Liew, Glaser, Taylor <i>et al.</i> , 2009). <u>Cependant, selon une autre étude, l'attachement désorganisé ne prédirait pas le diagnostic du TRA (selon le DSM-IV; Boris, Hinshaw-Fuselier, Smyke, Scheeringa, Heller & Zeanah, 2004).</u>
Fonctionnement cognitif	Certains auteurs ont noté une corrélation négative entre une faible capacité cognitive et les symptômes inhibés et désinhibés du TRA chez les enfants en institution et/ou ayant été institutionnalisés, mais maintenant adoptés (Smyke, Zeanah, Gleason, Drury, Fox, Nelson & Guthrie, 2012). <u>Cependant, une autre étude tend à démontrer que les enfants avec ou sans diagnostic de TRA auraient des QI similaires (Giltaji, Sterkenburg & Schuengel, 2016), le faible QI de l'enfant ne serait donc pas associé au TRA.</u>

Vulnérabilités personnelles des parents	
Antécédents psychiatriques de la mère	Les antécédents psychiatriques de la mère sont l'une des variables pouvant prédire l'apparition des sous-types inhibé et désinhibé chez l'enfant (Zeanah et coll., 2004).
Incarcération de la mère	Les nourrissons dont la mère est incarcérée sont plus à risque de développer l'un ou l'autre des sous-types inhibé et désinhibé que ceux vivant auprès de leur mère en raison de la rupture du lien parent-enfant (Hornor, 2008).
Facteurs de stress des parents	Les parents d'enfants qui présentent l'un ou l'autre des sous-types inhibés et désinhibés ont généralement une situation de vie difficile , laquelle est ponctuée de multiples facteurs de stress . Le stress éprouvé par le pourvoyeur de soins peut réduire leur capacité à être attentif aux besoins de leur enfant et d'y répondre (Haugaard & Hazan, 2004).

Pratiques parentales inconsistantes	
Conduites parentales hostiles et inconsistantes	<p>Les parents qui ont des conduites favorisant l'émergence de comportements antisociaux chez l'enfant sont habituellement peu chaleureux, stimulent et encouragent peu l'enfant, en plus de lui faire des critiques fréquentes et de se montrer hostile en sa présence. Ils exercent une discipline sévère et inconsistante. Ces conduites parentales font en sorte de rejeter les tentatives de l'enfant à développer des comportements prosociaux et contribuent à récompenser ses comportements antisociaux (Scott, 2003). On ne différencie pas cependant si de tels comportements sont plus fortement associés à l'un ou l'autre des sous-types inhibé et désinhibé.</p> <p>Par ailleurs, on note que les conduites parentales négatives et sévères ont été associées à davantage de symptômes inhibés et désinhibés du TRA, alors que les enfants de parents ayant des conduites positives ont montré moins de symptômes inhibés et désinhibés du TRA (Minnis, Reekie, Young, O'Connor, Ronald, Gray & Plomin, 2007).</p>
Faible qualité des soins	<p>Dans une étude portant sur les enfants en institution, moins les soins étaient de qualité, plus l'enfant présentait des symptômes inhibés, mais pas davantage de symptômes désinhibés (Zeanah, Smyke, Koga, Carlson & The Bucharest Early Intervention Project Core Group, 2005).</p>

Chronosystème de l'enfant	
Exposition prénatale à l'alcool et aux drogues	<p>L'exposition prénatale à l'alcool et aux drogues pourrait constituer un facteur de risque pour le développement du TRA. <u>Il n'y a toutefois pas de recherche exhaustive permettant de le démontrer</u> (Kay & Green, 2013).</p>
Âge de la prise en charge	<p>Plus les enfants sont pris en charge tôt (à un jeune âge) par l'institution ou une famille d'accueil, plus ils sont à risque de développer un TRA, indépendamment du sous-type (Kay & Green, 2013).</p>
Maltraitance et abus	<p>Les enfants ayant subi de la maltraitance chronique et de l'abus, plus particulièrement dans les premières années de vie, sont plus susceptibles de développer les sous-types inhibés et désinhibés que les enfants n'ayant pas été maltraités (Boris <i>et al.</i>, 2004; Hanson & Spratt, 2000; Haugaard & Hazan, 2004; Hornor, 2008).</p> <p>En outre, on note que le TRA (selon le DSM-IV) serait plus présent chez les adolescents qui ont connu de la maltraitance familiale précoce (abus émotionnels, abus sexuels et négligence) que dans un groupe d'adolescents à faible risque (Kay & Green, 2013).</p> <p>La prévalence du TRA dans une étude d'enfants ayant vécu de la maltraitance et ayant été placés en famille d'accueil par la suite se situait autour de 38 % et 40 % (la variabilité est due à la définition du TRA selon les critères du DSM-IV ou du CIM-10 respectivement (Zeanah, Scheeringa, Boris, Heller, Smyke & Trapani, 2004).</p> <p>La grande majorité des enfants avec un diagnostic de TRA ont une histoire d'antécédents de maltraitance (Minnis, Macmillan, Pritchett, Young, Wallace, Butcher <i>et al.</i>, 2013; Pritchett, Pritchett, Marshall, Davidson & Minnis, 2013).</p>

	<p>Chez une population d'enfants adoptés, présentant des comportements indiscriminés et ayant un historique de maltraitance, 60 % ont satisfait les critères diagnostiques du TRA selon le DSM-IV, contre 0 % dans le groupe de comparaison (Kočovská, Puckering, Follan, Smillie, Gorski, Barnes <i>et al.</i>, 2012). Enfin, il apparaît que la sévérité des symptômes du TRA est liée à la durée de la maltraitance (O'Connor & Rutter, 2000).</p> <p><u>Cependant, on observe que la négligence sévère n'a pas été rapportée comme étant un facteur de risque significatif du TRA dans une population d'enfants en famille d'accueil</u> (Lehmann, Havik, Havik & Heiervang, 2013).</p>
Victime d'abus sexuel	<p>Dans une étude portant sur un échantillon de jeunes filles victimes d'abus sexuel, il appert que celles-ci présenteraient significativement plus de symptômes du TRA que les filles n'ayant pas été victime d'abus sexuel (le TRA était présent à 29 % dans le groupe de filles ayant été abusé sexuellement contre 0 % dans le groupe de filles n'ayant pas été abusé sexuellement) (Trowell, Ugarte, Kolvin, Berelowitz, Sadowski & Le Couteur, 1999).</p>
Exposition à de la violence	<p>Avoir été exposé à de la violence a augmenté significativement le risque d'avoir un TRA dans une population d'enfants placés en famille d'accueil (Lehmann <i>et al.</i>, 2013).</p>
Institutionnalisation	<p>Le fait de grandir en milieu institutionnel est une caractéristique associée au développement des sous-types inhibé et désinhibé (Smyke et coll., 2002; Zeanah, Smyke, Koga, Carlson & The Bucharest Early Intervention Project Core Group, 2005).</p> <p>L'étude de Smyke, Dumitrescu & Zeanah (2002) révèle que les enfants placés tôt en institution montrent plus de symptômes du TRA que les enfants non institutionnalisés. Les enfants ayant été institutionnalisés précocement montrent des signes du TRA inhibés et désinhibés élevés (Gleason, Fox, Drury, Smyke, Egger, Nelson, Gregas & Zeanah, 2011).</p> <p>Les enfants qui vivaient en institution où ils ont connu des privations sociales et de la négligence ont montré significativement plus de symptômes inhibés et désinhibés du TRA que les enfants n'ayant pas vécu ces expériences (Zeanah <i>et al.</i>, 2005). Près de 75 % des enfants institutionnalisés satisfaisaient aux critères diagnostiques du TRA, ce qui témoignait du diagnostic le plus présent dans cette population (Ellis, Fisher & Zaharie, 2004).</p> <p>Les enfants étant institutionnalisés ont montré plus de symptômes inhibés du TRA que les enfants en famille d'accueil (Smyke <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>Une étude a permis de constater que plus la durée des soins en institution est longue plus l'enfant risque de présenter des symptômes inhibés du TRA (Minnis, Fleming & Cooper, 2010).</p> <p><u>Cependant, certaines études ne constatent pas de lien entre la durée des soins en institution et les symptômes inhibés et/ou désinhibés du TRA</u> (Ellis <i>et al.</i>, 2004; Gleason <i>et al.</i>, 2011; Zeanah <i>et al.</i>, 2005).</p>
Placement en famille d'accueil	<p>Le TRA a été diagnostiqué chez 19,4 % des enfants placés en famille d'accueil (Lehmann <i>et al.</i>, 2013).</p>

	<p>Les enfants vivant en famille d'accueil présentent plus de symptômes du TRA (inhibé et désinhibé confondu) que les enfants ne vivant pas en famille d'accueil (Millward, Kennedy, Towlson & Minnis, 2006; Minnis, Everett, Pelosi, Dunn & Knapp, 2006).</p> <p>Toutefois, les symptômes inhibés du TRA chez des enfants ayant été institutionnalisés ont diminué après le placement des enfants en famille d'accueil (Smyke <i>et al.</i>, 2012). Enfin, on note que le temps de placement en famille d'accueil n'était pas associé aux symptômes du TRA chez des enfants en famille d'accueil (Oostermann & Schuengel, 2008).</p>
<p>Changements fréquents du donneur de soins</p>	<p>Les enfants ayant un TRA (selon le DSM-IV) ont eu significativement un plus grand nombre de donneurs de soins que le groupe d'enfants n'ayant pas de TRA (Hall & Geher, 2003).</p> <p>Plus le nombre de placements est élevé (donc plus l'enfant a eu de parents d'accueil), plus l'enfant est à risque de développer un TRA (Lehmann <i>et al.</i>, 2013; Raaska <i>et al.</i>, 2012).</p>

FACTEURS DE RISQUE du TROUBLE DE L'ENGAGEMENT SOCIAL DÉSINHIBÉ (ancien sous-type désinhibé)

Le comportement indiscriminé⁵ (traduction libre de « *indiscriminate friendliness* » [IF]) est le principal symptôme du sous-type désinhibé du TRA dans le DSM-IV qui a été renommé trouble de l'engagement social désinhibé dans le DSM-V.

Vulnérabilités personnelles de l'enfant	
Vulnérabilités génétiques	Chez les enfants exposés en bas âge à une privation sociale extrême, l' influence de la génétique doit être considérée en tant que facteur prédisposant au développement de comportements indiscriminés. On considère particulièrement l'influence des génotypes 5httlpr et BDNF (Drury, Gleason, Theall, Smyke, Nelson, Fox & Zeanah, 2012).
Tempérament de l'enfant	Le tempérament de l'enfant concernant par exemple des comportements d'impulsivité, peut augmenter le risque de développer le sous-type désinhibé dans un contexte de maltraitance (Zeanha & Fox, 2004).
Attachement insécurisant	<p>L'attachement insécurisant est associé aux comportements indiscriminés (Lalande, Cyr, Dubois-Comtois, Losier, Paquette & Emery, 2014; Lyons-Ruth, Bureau, Riley & Atlas-Corbett, 2009; O'connor, Marvin, Rutter, Olrick, Britner & The English and Romanian (ERA) Study Team, 2003).</p> <p>Des études concluent qu'il y a une association entre les symptômes désinhibés (dont les comportements indiscriminés) et l'attachement désorganisé chez les enfants vivant en institution et chez les enfants en famille d'accueil (Gleason, Fox, Drury, Smyke, Nelson et Zeanah, 2014; Minnis <i>et al.</i>, 2009; Pritchett <i>et al.</i>, 2013). Minnis <i>et al.</i> (2009) précisent que cette association est plus forte lorsque les enfants ont vécu de la maltraitance.</p> <p>Les enfants présentant un patron d'attachement insécure auraient également des taux plus élevés de TRA (Pritchett <i>et al.</i>, 2013b) et davantage de comportements indiscriminés (significatif chez les enfants ayant vécu en institution, mais pas chez les enfants adoptés; Chisholm, 1998).</p> <p>Les comportements indiscriminés ont été associés à de faibles taux d'attachement sécure chez les enfants élevés à domicile (Dobrova-Krol, Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn & Juffer, 2010).</p> <p><u>Cependant, certains auteurs s'entendent pour dire qu'il n'y a pas de lien entre l'insécurité d'attachement, dont l'attachement désorganisé et les symptômes désinhibés du TRA</u> (Bruce, Tarullo & Gunnar, 2009 ; Pears, Bruce, Fisher & Kim, 2010 ; Van Den Dries, Juffer, van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg & Alink, 2012) ou le TRA (Boris <i>et al.</i>, 2004).</p>
Faible contrôle inhibiteur	Un faible contrôle inhibiteur chez l'enfant serait associé à davantage de symptômes désinhibés, dont le comportement indiscriminé (Bruce <i>et al.</i> , 2009; Gleason <i>et al.</i> , 2011; Pears <i>et al.</i> , 2010). Le contrôle inhibiteur de l'enfant aurait d'ailleurs médié la relation entre les symptômes désinhibés et la durée des soins en institution (Bruce <i>et al.</i> , 2009).

⁵ Le comportement indiscriminé réfère à un manque de sélectivité dans le choix des figures d'attachement.

Faible niveau cognitif	<p>Les enfants ayant des symptômes désinhibés du TRA montrent une altération cognitive plus élevée que les enfants n'ayant pas de symptômes désinhibés du TRA (Rutter, Colvert, Kreppner, Beckett, Castle, Groothues <i>et al.</i>, 2007). Dans le même ordre d'idée, les enfants ayant des niveaux cognitifs plus élevés montrent moins de comportements indiscriminés que les enfants ayant des niveaux cognitifs plus faibles (Minnis <i>et al.</i>, 2007; Van Den Dries <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>La performance cognitive a été négativement liée aux comportements indiscriminés de l'enfant (Dobrova-Krol <i>et al.</i>, 2010). Le QI moyen des enfants (adoptés, ayant un historique de maltraitance et ayant des comportements indiscriminés) est significativement plus faible que celui des enfants du groupe de comparaison (Kočovská <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>Une faible capacité cognitive a été associée à plus de symptômes inhibés et désinhibés du TRA chez les enfants en institution et/ou ayant été institutionnalisés, mais maintenant adoptés (Smyke <i>et al.</i>, 2012).</p> <p><u>Cependant, selon d'autres auteurs, les symptômes désinhibés ne seraient pas associés à la capacité cognitive de l'enfant</u> (Bruce <i>et al.</i>, 2009 ; Pears <i>et al.</i>, 2010 ; Rutter, O'Connor et English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team, 2004 ; Tarullo, Garvin & Gunnar, 2011) <u>et les enfants avec ou sans diagnostics de TRA auraient des QI similaires</u> (Giltaji <i>et al.</i>, 2016).</p>
------------------------	---

Conditions périnatales défavorables

Risques prénataux	<p>Les expériences vécues avant l'institutionnalisation, dont les risques prénataux, peuvent contribuer au développement de comportements indiscriminés. Les auteurs ayant obtenu une telle conclusion ont cependant regroupé plusieurs facteurs dont les maladies physiques de la mère (ex. : SIDA, hépatite), l'abus de substance durant la grossesse, une grossesse sans suivi médical et la prématurité (Oliveira, Soares, Martins, Silva, Marques, Baptista & Lyons-Ruth, 2012). Le fait de regrouper tous ces facteurs sous une seule variable, à savoir les « risques prénataux », peut toutefois constituer une limite sur le plan méthodologique. Si chacun de ces facteurs était analysé séparément, la conclusion pourrait être différente.</p>
Exposition prénatale à l'alcool et aux drogues	<p>L'exposition prénatale à l'alcool et aux drogues pourrait constituer un facteur de risque pour le développement du TRA (Kay & Green, 2013; Oliveira et coll., 2012). Il n'y a toutefois pas de recherche exhaustive permettant de le démontrer (Kay & Green, 2013).</p>

Vulnérabilités personnelles des parents

Jeune âge de la mère	<p>Les enfants ayant une mère adolescente sont plus à risque de développer un trouble de l'engagement social désinhibé (plus enclins à développer des comportements d'attachement indiscriminés) en raison de la présence de certains facteurs de risque tels que le besoin de soutien social maternel accru, le désengagement et la négligence de la mère (Lalande et coll., 2014).</p>
Abus de substances de la mère	<p>L'abus de substances de la mère est l'une des variables pouvant prédire l'apparition du sous-type désinhibé chez l'enfant (Zeanah et coll., 2004).</p>

Antécédents psychiatriques de la mère	Les antécédents psychiatriques de la mère sont l'une des variables pouvant prédire l'apparition des sous-types inhibé et désinhibé chez l'enfant (Zeanah et coll., 2004).
Incarcération de la mère	Les nourrissons dont la mère est incarcérée sont plus à risque de développer l'un ou l'autre des sous-types inhibé et désinhibé que ceux vivant auprès de leur mère en raison de la rupture du lien parent-enfant (Hornor, 2008).
Facteurs de stress des parents	Les parents d'enfants qui présentent l'un ou l'autre des sous-types inhibés et désinhibés ont généralement une situation de vie difficile , laquelle est ponctuée de multiples facteurs de stress . Le stress éprouvé par le pourvoyeur de soins peut réduire sa capacité d'être attentif aux besoins de son enfant et d'y répondre (Haugaard & Hazan, 2004).

Pratiques parentales hostiles et inconsistantes

Conduites parentales hostiles et inconsistantes	<p>Les parents qui ont des conduites favorisant l'émergence de comportements antisociaux chez l'enfant sont habituellement peu chaleureux, stimulent et encouragent peu l'enfant, en plus de lui adresser des critiques fréquentes et de se montrer hostile en sa présence. Ils exercent une discipline sévère et inconsistante. Ces conduites parentales font en sorte de rejeter les tentatives de l'enfant à développer des comportements prosociaux et contribuent à récompenser ses comportements antisociaux. On ne différencie pas cependant si de tels comportements sont plus fortement associés à l'un ou l'autre des sous-types inhibé et désinhibé. De façon plus spécifique, l'absence de communication affective de la figure maternelle, laquelle s'apparente à une conduite parentale peu chaleureuse, contribuerait à prédire les comportements indiscriminés chez l'enfant (Lyons-Ruth et coll., 2009).</p> <p>Les conduites parentales négatives et sévères ont été associées à davantage de symptômes inhibés et désinhibés du TRA, alors que les enfants de parent ayant des conduites positives ont montré moins de symptômes inhibés et désinhibés du TRA (Minnis <i>et al.</i>, 2007).</p>
Faible sensibilité maternelle	Les enfants de mères adoptives plus sensibles montrent moins de comportements indiscriminés que les enfants de mères adoptives moins sensibles (Van Den Dries <i>et al.</i> , 2012). Une étude a cependant montré que les comportements indiscriminés seraient liés à l'absence de communication affective de la part de la mère (Lyons-Ruth, Bureau, Riley et Atlas-Corbett, 2009).
Faible qualité des soins	<p>Une étude portant sur des enfants vivant en institution a montré que le comportement indiscriminé était lié à la faible qualité des soins (Gleason <i>et al.</i>, 2014). La qualité des soins était significativement plus faible dans le groupe d'enfants ayant été institutionnalisés que dans le groupe témoin et était prédicteur des comportements indiscriminés dans le groupe d'enfants ayant été institutionnalisés (Garvin, Tarullo, Van Ryzin et Gunnar, 2012).</p> <p>Des soins sociaux de meilleure qualité ont été associés à moins de symptômes du trouble de l'engagement social désinhibé chez des enfants post-institutionnalisés (Lawler <i>et al.</i>, 2016).</p>

	<p>Les enfants répondant aux critères du trouble de l'engagement social désinhibé (TESD) ont reçu des soins de plus faible qualité lorsqu'ils étaient en institution que les enfants qui ne répondaient pas aux critères du TSED (Lawler <i>et al.</i>, 2016). Cependant, dans une étude portant sur les enfants vivant en institution, moins les soins étaient de qualité, plus l'enfant présentait des symptômes inhibés, mais pas davantage de symptômes désinhibés (Zeanah <i>et al.</i>, 2005).</p> <p><u>La qualité des soins (incluant la négligence, l'abus physique et sexuel) n'a pas été associée aux symptômes inhibés et désinhibés dans une étude portant sur les enfants en famille d'accueil (Jonkman <i>et al.</i>, 2014).</u></p>
--	--

Chronosystème de l'enfant	
Maltraitance et abus	<p>Les enfants ayant subi de la maltraitance chronique et de l'abus, plus particulièrement dans les premières années de vie, sont plus susceptibles de développer les sous-types inhibé et désinhibé que les enfants n'ayant pas été maltraités (Hanson & Spratt, 2000; Boris <i>et al.</i>, 2004; Haugaard & Hazan, 2004; Hornor, 2008). Par ailleurs, la sévérité de la maltraitance est associée au critère de recherche d'attention du sous-type désinhibé (Kay & Green, 2013).</p> <p>La prévalence du TRA dans une étude d'enfants ayant vécu de la maltraitance et maintenant en famille d'accueil était entre 38 % et 40 % (la variabilité est due à la définition du TRA selon les critères du DSM-IV ou du CIM-10 respectivement; Zeanah <i>et al.</i>, 2004). La grande majorité des enfants avec un diagnostic de TRA ont eu des antécédents de maltraitance (Minnis <i>et al.</i>, 2013; Pritchett <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>Chez une population d'enfants adoptés, présentant des comportements indiscriminés et ayant un historique de maltraitance, 60 % ont rempli les critères diagnostiques du TRA selon le DSM-IV, contre 0 % dans le groupe de comparaison (Kočovská <i>et al.</i>, 2012). La sévérité des symptômes du TRA est liée à la durée de la maltraitance (O'Connor et Rutter, 2000).</p> <p>Le comportement indiscriminé serait lié au manque de soins sévère (défini par de la maltraitance ou une hospitalisation psychiatrique de la mère; Lyons-Ruth <i>et al.</i>, 2009). Les enfants qui ont vécu des expériences de soins négligentes et sérieusement néfastes ont montré des signes élevés de TRA de type désinhibé (O'Connor et Rutter, 2000).</p> <p>Une étude portant sur les enfants en famille d'accueil a montré que l'abus physique serait associé aux symptômes désinhibés (Jonkman <i>et al.</i>, 2014). <u>Toutefois, selon ces mêmes auteurs, la négligence et l'abus sexuel ne seraient pas associés aux symptômes désinhibés du TRA (Jonkman <i>et al.</i>, 2014).</u></p>
Négligence émotionnelle	<p>Les expériences vécues avant l'institutionnalisation, dont la négligence émotionnelle, peuvent contribuer au développement de comportements indiscriminés. Les auteurs ayant obtenu une telle conclusion ont cependant regroupé plusieurs facteurs dont la prostitution de la mère, l'abus de substances de la mère, les psychopathologies de la mère et le retard mental de la mère (Oliveira et coll., 2012). Ce regroupement de variables peut toutefois constituer une limite sur le plan méthodologique. Le fait de regrouper tous ces facteurs sous une seule variable, à savoir la « négligence</p>

	émotionnelle », peut toutefois constituer une limite sur le plan méthodologique. Si chacun de ces facteurs était analysé séparément, la conclusion pourrait être différente.
Institutionnalisation	<p>Le fait de grandir en milieu institutionnel est une caractéristique associée au développement des sous-types inhibé et désinhibé (Smyke et coll., 2002; Zeanah et coll., 2005). Les enfants qui grandissent en milieu institutionnel présentent plus de retards sur le plan du développement cognitif et physique et ont plus de déficits sur le plan des compétences personnelles que les enfants qui n'ont jamais demeuré en milieu institutionnel (Smyke et coll., 2007). Ils sont plus susceptibles de développer des relations indiscriminées (non sélectives) avec les pairs (Chisholm, 1998; Gleason et coll., 2014). Cette dernière caractéristique serait clairement associée à la durée de l'institutionnalisation. Plus l'enfant demeure longtemps en institution, plus il est à risque de développer des relations indiscriminées (Zeanah et coll., 2004).</p> <p>L'étude de Smyke <i>et al.</i> (2002) révèle que les enfants en institution montrent plus de symptômes du TRA que les enfants non-institutionnalisés. Les enfants ayant été institutionnalisés montrent des signes du TRA inhibés et désinhibés élevés (Gleason <i>et al.</i>, 2011). Près de 75 % des enfants institutionnalisés satisfaisaient aux critères diagnostiques du TRA, ce qui témoignait du diagnostic le plus présent dans cette population (Ellis <i>et al.</i>, 2004). Les enfants qui vivaient en institution où ils ont connu des privations sociales et de la négligence ont montré significativement plus de symptômes inhibés et désinhibés du TRA que les enfants n'ayant pas vécu ces expériences (Zeanah <i>et al.</i>, 2005).</p> <p>Les enfants vivant en institution présentent plus de symptômes désinhibés du TRA que les enfants ne vivant pas en institution (Bruce <i>et al.</i>, 2009; Chisholm, 1998; Rutter <i>et al.</i>, 2007). Les enfants ayant un historique de soins en institution sont plus susceptibles de partir avec un étranger (une manifestation du type désinhibé) que les enfants qui n'ont jamais été institutionnalisés (Gleason <i>et al.</i>, 2014).</p> <p>Les enfants en institution ont montré plusieurs comportements indiscriminés lorsqu'un évaluateur est entré dans la salle, tels que toucher physiquement l'évaluateur, lui faire un câlin (Groark, McCall et Fish, 2011).</p> <p>Les enfants ayant été institutionnalisés ont montré plus de comportements indiscriminés (ou de symptômes désinhibés) que les enfants ayant été en famille d'accueil (Garvin <i>et al.</i>, 2012; Smyke <i>et al.</i>, 2012) et que les enfants d'un groupe témoin (Dobrova-Krol <i>et al.</i>, 2010; Olsavsky, Telzer, Shapiro, Humphreys, Flannery, Goff <i>et al.</i>, 2013 ; Tarullo <i>et al.</i>, 2011). En moyenne, les comportements indiscriminés chez les enfants en institution étaient plus de deux fois plus élevés que chez les enfants élevés à domicile (Dobrova-Krol <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>Les enfants post-institutionnalisés et maintenant adoptés avaient des taux du trouble de l'engagement social désinhibé plus élevé que les enfants n'ayant pas été institutionnalisés (Lawler <i>et al.</i>, 2016).</p>
Placement en famille d'accueil	Les enfants vivant en famille d'accueil présentent plus de symptômes du TRA (inhibé et désinhibé confondu) que les enfants ne vivant pas en famille

	<p>d'accueil (Millward <i>et al.</i>, 2006). Le TRA a été diagnostiqué dans 19,4 % des enfants en famille d'accueil (Lehmann <i>et al.</i>, 2013). Comparativement aux enfants dans la population générale, les enfants en famille d'accueil avaient significativement plus de symptômes du TRA (Minnis <i>et al.</i>, 2006). Les comportements indiscriminés de l'enfant étaient significativement plus présents dans le groupe d'enfants en famille d'accueil que dans le groupe de comparaison (Pears <i>et al.</i>, 2010). Les enfants vivant en famille d'accueil présentent plus de symptômes désinhibés du TRA que les enfants ne vivant pas en famille d'accueil (Bruce <i>et al.</i>, 2009). Le placement précoce (avant l'âge de 24 mois) des enfants institutionnalisés en famille d'accueil a été associé à moins de symptômes désinhibés (Smyke <i>et al.</i>, 2012).</p>
<p>Précocité et durée de la prise en charge</p>	<p>Plus les enfants sont pris en charge tôt (à un jeune âge) par l'institution ou une famille d'accueil, plus ils sont à risque de développer un trouble, indépendamment du sous-type (Kay & Green, 2013).</p> <p>Plus la durée des soins en institution est longue, plus l'enfant présente des symptômes désinhibés du TRA (Bruce <i>et al.</i>, 2009; Gleason <i>et al.</i>, 2014; Minnis <i>et al.</i>, 2010; O'Connor, Marvin, Rutter, Olrick, Britner et The English and Romanian (ERA) Study Team, 2003 ; Rutter <i>et al.</i>, 2004 ; Rutter <i>et al.</i>, 2007). Le nombre de mois en institution était d'ailleurs plus élevé chez les enfants dont les symptômes désinhibés sont restés stables dans le temps que chez les enfants dont les symptômes désinhibés ont cessé (Rutter <i>et al.</i>, 2007).</p> <p>Les enfants répondant aux critères du TESS ont passé une plus grande partie de leur vie (avant l'adoption) dans une institution que les enfants qui ne répondaient pas aux critères du TESS (Lawler <i>et al.</i>, 2016).</p> <p><u>Cependant, certaines études ne constatent toutefois pas de lien entre la durée des soins en institution et les symptômes inhibés et/ou désinhibés du TRA</u> (Barone <i>et al.</i>, 2016; Ellis <i>et al.</i>, 2004; Gleason <i>et al.</i>, 2011; Zeanah <i>et al.</i>, 2005).</p>
<p>Changements fréquents du donneur de soins</p>	<p>Les enfants ayant un TRA (selon le DSM-IV) ont eu significativement un plus grand nombre de donneurs de soins que le groupe d'enfants n'ayant pas de TRA (Hall & Geher, 2003).</p> <p>Plus le nombre de placements est élevé (donc plus l'enfant a eu de parents d'accueil), plus l'enfant est à risque de développer un TRA (Lehmann <i>et al.</i>, 2013; Raaska <i>et al.</i>, 2012).</p>

TROUBLES CONCOMITANTS et PROBLÉMATIQUES ASSOCIÉES au Trouble réactionnel de l'attachement (sous-types inhibé et désinhibé)

Plusieurs enfants peuvent présenter à la fois des caractéristiques d'un trouble réactionnel de l'attachement et d'un trouble de l'engagement social désinhibé (Smyke et coll., 2002; Zeanah et coll., 2004), quoique la plupart présentent des signes plus évidents de l'un ou l'autre de ces troubles. Or, plusieurs enfants ayant un trouble lié à l'attachement présentent aussi des caractéristiques d'un trouble de comportement ou d'une psychopathologie et développent des problématiques associées.

Plus de 85 % des enfants ayant un TRA avaient au moins un autre diagnostic selon le DAWBA (Pritchett *et al.*, 2013). Parmi les enfants ayant un TRA, dans une population d'enfants en famille d'accueil, 68,5 % avaient des troubles comorbides émotionnels ou comportementaux (Lehmann *et al.*, 2013). Les sous-types inhibés et désinhibés sont fortement associés au développement d'une psychopathologie (Kay & Green, 2013; Roelofs, Onckels & Muris, 2013).

Difficultés comportementales	
Trouble des conduites	<p>Le trouble réactionnel de l'attachement (sous-types inhibé et désinhibé) pourrait constituer la première étape de la trajectoire développementale du trouble des conduites (Minnis & Keck, 2003). Le trouble des conduites pourrait être confondu avec le trouble réactionnel de l'attachement (sous-types inhibé ou désinhibé), car, dans les deux cas, les enfants peuvent avoir des comportements agressifs, des sautes d'humeur ou être rejetés par les pairs (Haugaard & Hazan, 2004).</p> <p>Les enfants ayant des symptômes désinhibés du TRA présenteraient un taux significativement plus élevé de problèmes de conduite que les enfants n'ayant pas ces symptômes (Gleason <i>et al.</i>, 2011; Rutter <i>et al.</i>, 2007). Une étude appuie cette association avec le TRA (inhibé et désinhibé confondu; Millward <i>et al.</i>, 2006).</p> <p>La prévalence du trouble des conduites dans une population d'enfants ayant le TRA serait de 29 % (Pritchett <i>et al.</i>, 2013). Dans une population d'adolescents (12-17 ans) recevant des services de justice, il y a une forte corrélation positive entre le score total du TRA et les problèmes de conduites (Moran, McDonald, Jackson, Turnbull et Minnis, 2017).</p> <p>L'étude de Mayes, Calhoun, Waschbusch, Breaux et Baweja (2017) révèle que 73 % des enfants ayant un diagnostic de TRA et de TESD (et 55 % des enfants qui ont un ou l'autre de ces diagnostics) ont un trouble des conduites également.</p> <p>Chez les enfants ayant un TRA (qui ont tous été adoptés et qui ont tous un historique de maltraitance), 85 % remplissent également les critères diagnostiques du trouble des conduites (Kočovská <i>et al.</i>, 2012).</p>
Trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	<p>Plusieurs études ont montré un lien entre le trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et le TRA (Elovainio, Raaska, Sinkkonen, Mäkipää et Lapinleimu, 2015; Giltaji <i>et al.</i>, 2016; Hall et Geher, 2003; Millward <i>et al.</i>, 2006; Moran <i>et al.</i>, 2017; Pritchett <i>et al.</i>, 2013) ou spécifiquement avec le type désinhibé (O'Connor, Bredenkamp et Rutter, 1999; O'Connor et Rutter, 2000; Rutter <i>et al.</i>, 2007).</p>

	<p>Chez les enfants ayant un TRA (qui ont tous été adoptés et qui ont tous un historique de maltraitance), 85 % remplissent également les critères diagnostiques du TDAH (Kočovská <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>Même si plusieurs études montrent une cooccurrence entre le TRA et le TDAH, une distinction claire peut être faite entre les enfants ayant un TRA et les enfants ayant un TDAH (Follan, Anderson, Huline-Dickens, Lidstone, Young, Brown et Minnis, 2011).</p>
Problèmes de comportement extériorisés	<p>Les enfants présentant un TRA ou des symptômes du TRA sont significativement plus à risque de présenter des problèmes de comportements extériorisés (comportements perturbateurs, délinquance, agressivité) que les enfants ne présentant pas de TRA (Elovainio <i>et al.</i>, 2015; Hall et Geher, 2003; O'Connor <i>et al.</i>, 1999; O'Connor et Rutter, 2000; Pritchett <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>Plus spécifiquement, trois études montrent que les symptômes désinhibés (ou le TESD) seraient associés aux problèmes de comportement extériorisés (Giltaji <i>et al.</i>, 2016 ; Jonkman <i>et al.</i>, 2014 ; Vervoort, Bosmans, Doumen, Minnis et Verschueren, 2014). Une seule étude constate que les symptômes inhibés du TRA sont significativement associés aux comportements agressifs (Spilt <i>et al.</i>, 2016). D'ailleurs, dans une population de jeunes ayant fait face à la justice pénale, 52 % des jeunes présentaient des signes cliniques ou limites du TRA (spécifiquement 10 % présentait un TRA, 21 % le TESD, 10 % le TRA et le TESD et 10 % des signes limites; Moran <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>Les symptômes du TRA sont associés aux problèmes de comportement extériorisés, comprenant les problèmes d'attention et les comportements agressifs (Oostermann et Schuengel, 2008).</p> <p><u>Toutefois, trois études n'abondent pas dans le même sens et affirment que les symptômes inhibés et/ou désinhibés du TRA chez l'enfant ne sont pas associés aux comportements agressifs</u> (Smyke <i>et al.</i>, 2002; Spilt <i>et al.</i>, 2016; Zeanah <i>et al.</i>, 2002).</p> <p>Chez le sous-type désinhibé, les comportements indiscriminés entre 12 et 18 mois prédisent les problèmes de comportements à l'âge de 5 ans, dont l'hyperactivité et l'anxiété (Lyons-Ruth et coll., 2009).</p>
Problèmes de comportements intériorisés	<p>Comparativement aux enfants n'ayant aucun symptôme du TRA, les enfants ayant des symptômes liés au TRA (inhibé et/ou désinhibé) ont plus de problèmes de comportements intériorisés (Elovainio <i>et al.</i>, 2015).</p> <p>Les symptômes du TRA sont associés aux problèmes de comportement intériorisés, comprenant les problèmes émotionnels, les symptômes anxieux/dépressifs, les plaintes somatiques et le retrait émotionnel (Oostermann et Schuengel, 2008).</p>
Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)	<p>Selon Pritchett <i>et al.</i> (2013), 29 % des enfants ayant un TRA répondent aux critères diagnostiques du trouble oppositionnel avec provocation (TOP). L'étude de Mayes <i>et al.</i> (2017) affirme que 73 % des enfants ayant un diagnostic de TRA et de TESD (et 70 % des enfants qui ont un ou l'autre de ces diagnostics) ont un TOP également.</p>

	Chez les enfants ayant un TRA (qui ont tous été adoptés et qui ont tous un historique de maltraitance), 75 % remplissent également les critères diagnostiques du TOP (Kočovská <i>et al.</i> , 2012).
--	--

Difficultés psychologiques	
Trouble de la personnalité limite	<p>Les stratégies d'attachement, combinées aux expériences de traumatismes non résolus, sont des composantes essentielles du développement du trouble de la personnalité limite (Barone, 2003).</p> <p>Il y a une forte association entre le TRA et/ou le TESD et le TPL (Mirza, Mwimba, Pritchett et Davidson, 2016). En effet, 9 des 10 jeunes adultes satisfaisant les critères pour le TRA et/ou le TESD satisfaisaient aussi les critères du trouble de personnalité limite.</p>
Anxiété / Dépression	<p>Les enfants présentant un TRA sont significativement plus à risque de présenter de l'anxiété et de la dépression que les enfants ne présentant pas de TRA (Hall et Geher, 2003). Aussi, 67 % des enfants ayant un diagnostic de TRA et de TESD (et 60 % des enfants qui ont un ou l'autre de ces diagnostics) ont un trouble dépressif également (Mayes <i>et al.</i>, 2017). L'enfant ayant des symptômes inhibés présente des taux plus élevés de dépression (Gleason <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Chez les enfants ayant un TRA (qui ont tous été adoptés et qui ont tous un historique de maltraitance), 85 % remplissent également les critères diagnostiques d'un trouble anxieux (Kočovská <i>et al.</i>, 2012). Une seule étude n'appuie pas cette association et affirme que les enfants ayant un TRA et/ou un TESD ne présentaient pas significativement plus d'anxiété et de dépression que les enfants n'ayant pas ces diagnostics (Giltaji <i>et al.</i>, 2016).</p>
Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	<p>Les enfants ayant des symptômes désinhibés du TRA présentent un taux significativement plus élevé de symptômes quasi autistiques que les enfants n'ayant pas de symptômes (Rutter <i>et al.</i>, 2007). Aussi, 73 % des enfants ayant un diagnostic de TRA et de TESD (et 65 % des enfants qui ont un ou l'autre de ces diagnostics) ont un trouble du spectre de l'autisme également (Mayes <i>et al.</i>, 2017). Ces mêmes auteurs précisent toutefois que les enfants peuvent avoir des critères diagnostiques du TSA et du TRA simultanément et que les troubles sont facilement différenciés par la présence de symptômes spécifiques du TSA et que compte tenu des différences étiologiques de ces deux troubles, il n'y a pas de raison pour laquelle un enfant ne pourrait pas avoir les deux troubles en cooccurrence (Mayes, Calhoun, Waschbusch et Baweja, 2016; Mayes <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>En effet, les enfants ayant un TRA, ainsi que les enfants ayant un TSA peuvent présenter des difficultés de relations sociales semblables, mais il semble y avoir une différence dans la qualité des interactions sociales entre ceux-ci (Davidson, O'Hare, Mactaggart, Green, Young, Gillberg <i>et al.</i>, 2015).</p>

	<p>Chez les enfants ayant un TRA (qui ont tous été adoptés et qui ont tous un historique de maltraitance), 74 % ont également des problèmes semblables à l'autisme (Kočovská <i>et al.</i>, 2012).</p> <p><u>Une seule étude n'appuie pas cette association et affirme que les enfants ayant un TRA et/ou un TSED ne présentaient pas significativement plus de TSA que les enfants n'ayant pas ce diagnostic</u> (Giltaji <i>et al.</i>, 2016).</p>
Trouble du stress post-traumatique (TSPT)	<p>Selon Pritchett <i>et al.</i> (2013), 19 % des enfants ayant un TRA répondent aux critères diagnostiques du trouble de stress post traumatique (TSPT).</p> <p>Chez les enfants ayant un TRA (qui ont tous été adoptés et qui ont tous un historique de maltraitance), 55 % remplissent également les critères diagnostiques du TSPT (Kočovská <i>et al.</i>, 2012).</p>

Difficultés relationnelles	
Altération du fonctionnement social/Comportements antisociaux	<p>Les enfants et adolescents qui présentent l'un ou l'autre des sous-types inhibé et désinhibé démontrent plus de comportements antisociaux et agressifs que ceux n'ayant pas de trouble lié à l'attachement (Cone, Golden & Hall, 2009). Le TRA inhibé et désinhibé est associé à une altération du fonctionnement de l'enfant (Kay & Green, 2013; Gleason <i>et al.</i>, 2011).</p> <p>Le fonctionnement de l'enfant pourrait être altéré dû au fait que les enfants ayant un TRA ou un TSED ont de plus faibles comportements adaptatifs que les enfants sans ces diagnostics (Giltaji <i>et al.</i>, 2016).</p>
Altération du jugement social	<p>Comme les adultes, les enfants en développement présentent des préférences claires et un accord inter-juges élevé en évaluant des visages étrangers sur leur attractivité et leur fiabilité apparente. En revanche, le groupe d'enfants ayant des symptômes du trouble de l'engagement social désinhibé (et ayant vécu de la maltraitance) n'a pas montré des préférences claires et a eu moins d'accords inter-juges que les enfants n'ayant pas ces symptômes (Miellet, Caldara, Gillberg, Raju et Minnis, 2014).</p>
Relations problématiques avec les pairs	<p>Les enfants ayant des symptômes désinhibés du TRA (O'Connor <i>et al.</i>, 1999; O'Connor et Rutter, 2000; Rutter <i>et al.</i>, 2007; Raaska, Lapinleimu, Sinkkonen, Salmivalli, Matomäki, Mäkipää & Elovainio, 2012) ou un TRA (Hall et Geher, 2003; Millward <i>et al.</i>, 2006; Moran <i>et al.</i>, 2017) présentent un taux significativement plus élevé de problèmes avec les pairs que les enfants n'ayant pas de symptômes. Ceci peut s'expliquer, en partie, par les capacités limitées de l'enfant à développer des relations sociales appropriées pour cause de la négligence vécue (Follan & Minnis, 2010).</p> <p>Les relations problématiques avec les pairs seraient plus évidentes chez les enfants du sous-type désinhibé (Kay & Green, 2013). Ceux-ci seraient aussi plus enclins à intimider les autres en raison de leurs comportements désinhibés (Raaska et coll., 2012). Les enfants ayant des symptômes désinhibés du TRA auraient plus de conflits enfant-enseignant (Vervoort <i>et al.</i>, 2014).</p>

Faibles compétences sociales	<p>Avoir davantage de symptômes inhibés et/ou désinhibés du TRA est associé à de plus faibles compétences sociales chez l'enfant (Gleason <i>et al.</i>, 2011; Millward <i>et al.</i>, 2006; Spilt <i>et al.</i>, 2016). Une étude a constaté un lien avec les symptômes inhibés, mais n'a pas constaté de lien avec les symptômes désinhibés du TRA (Spilt <i>et al.</i>, 2016).</p> <p>Dans une étude sur les enfants ayant un TRA, 45 % d'entre eux ont eu un score inférieur à la moyenne pour les compétences sociales par rapport aux normes américaines (Pritchett <i>et al.</i>, 2013). Ces faibles compétences sociales amènent les enfants ayant un TRA à être significativement plus à risque de se retirer socialement que les enfants ne présentant pas de TRA (Hall et Geher, 2003).</p>
Difficultés émotionnelles	<p>Plus l'enfant présente des difficultés émotionnelles, plus il présente également des symptômes désinhibés du TRA (O'Connor et Rutter, 2000) ou le TRA (selon le DSM-IV; Millward <i>et al.</i>, 2006). Tous les enfants ayant un TRA et un TSED (et 75 % des enfants qui ont un ou l'autre) ont présenté des traits insensibles sans émotion (traduction libre de « <i>callous-unemotional traits</i> »; défini comme étant un manque d'émotions prosociales; Mayes <i>et al.</i>, 2017).</p> <p><u>Toutefois, certaines études ne constatent pas d'association entre les symptômes désinhibés et les difficultés émotionnelles</u> (Bruce <i>et al.</i>, 2009; Rutter <i>et al.</i>, 2007).</p>

Difficultés académiques	
Difficultés d'apprentissage	<p>Les enfants ayant des symptômes sévères (beaucoup ou persistant dans le temps) du TRA ont un risque plus élevé d'avoir des difficultés d'apprentissage et encore plus des difficultés d'apprentissage sévères (Raaska <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>Des performances d'apprentissage plus faibles ont été associées à plus de problèmes de comportements indiscriminés chez une population d'enfants post-institutionnalisés (Wisner Fries et Pollak, 2017). Les enfants qui ont obtenu des scores plus élevés au plan du vocabulaire ont montré moins de comportements indiscriminés/symptômes désinhibés (Vervoort <i>et al.</i>, 2014).</p>
Difficultés langagières	<p>Plus l'enfant présente des symptômes inhibés ou désinhibés du TRA, moins son langage est développé (Smyke <i>et al.</i>, 2002). La majorité des enfants adoptés (ayant un historique de maltraitance et ayant des comportements indiscriminés) avait des troubles du langage suspectés et/ou des retards de langage (Kočovská <i>et al.</i>, 2012 ; Raaska et coll., 2013; World Health Organization, 1992).</p> <p>Les enfants ayant un TRA ont montré des problèmes significatifs au niveau de leurs compétences langagières et sociales (Sadiq, Slator, Skuse, Law, Gillberg et Minnis, 2012).</p>

Objectifs d'intervention (sous-types inhibé et désinhibé)

Avant la division des sous-types inhibé et désinhibé, des grandes lignes d'intervention ont été proposées. On retient trois objectifs principaux auprès des enfants ayant des troubles liés à l'attachement (Haugaard & Hazan, 2004) :

(a) **Fournir à l'enfant une sécurité émotionnelle** (environnement stable et relation chaleureuse). La sécurité émotionnelle découle non seulement de la qualité de la relation d'attachement parent-enfant, mais aussi de la qualité des relations entre les parents. Si les relations sont de piètre qualité, elles altèrent le climat familial, affectent les pratiques parentales et réduisent la sensibilité et la disponibilité émotionnelle des parents à l'endroit de l'enfant (Saint-Jacques, Turcotte, Drapeau, Cloutier & Doré, 2005).

(b) Fournir des opportunités d'expériences sociales correctives

Les expériences sociales correctives impliquent une forte alliance thérapeutique (sentiment de sécurité et de confiance dans la relation d'aide). Elles visent notamment à diminuer les réponses inadaptées de l'enfant, développer une tolérance à l'ambiguïté, augmenter sa réceptivité et son intentionnalité (Bland & Ohio, 2014). Autrement dit, l'expérience corrective permet à l'enfant d'adopter des comportements qu'il évitait auparavant, pour expérimenter l'absence de conséquences négatives qu'il appréhendait à l'égard de ces comportements (Chambon, 2010).

(c) Favoriser le développement de meilleures habiletés sociales

Certaines stratégies apparaissent particulièrement importantes dans le cadre du traitement (Hanson & Spratt, 2000):

- (a) Identifier l'attachement insécurisant le plus tôt possible, idéalement en bas âge;
- (b) Fournir à l'enfant un environnement sécurisant et favorable à son développement;
- (c) Intervenir directement auprès du pourvoyeur de soins de l'enfant pour l'enseignement des compétences parentales appropriées;
- (d) Insister sur les stratégies de coping plutôt que les pathologies;
- (e) Fournir un niveau de soin à l'enfant qui soit le moins restrictif et intrusif possible.

Pistes d'intervention générales (sous-types inhibé et désinhibé)

La prestation de soins est un facteur clé dans le développement du lien d'attachement. La sensibilité dans la réponse aux soins et aux besoins de l'enfant, par exemple, mène au développement d'un attachement sécurisant. Ce faisant, toute intervention s'appuyant sur les données probantes et ayant démontré une efficacité auprès des enfants maltraités devrait être considérée dans le traitement des sous-types inhibé et désinhibé afin d'améliorer le lien d'attachement (Zeanah & Gleason, 2015). De plus, lorsque l'enfant maintient le contact avec le parent maltraitant, il importe d'améliorer la relation d'attachement entre eux (Haugaard & Hazan, 2004)⁶.

⁶ Cette considération doit tenir compte des objectifs cliniques liés au contact parent-enfant qui sont établis en fonction du projet de vie déterminé.

Les interventions doivent traiter de la sensibilité parentale. Une méta-analyse ayant étudié 88 types d'interventions conclut que le fait d'intervenir sur ce facteur uniquement est plus efficace que d'intervenir à la fois sur la sensibilité, le soutien social et les représentations du parent (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer, 2003). L'intervention spécifique sur ce facteur permet d'améliorer significativement le lien d'attachement insécurisant. Les interventions de courte durée traitant de la sensibilité parentale seraient plus efficaces que celles au long cours (Bakermans-Kranenburg, et coll., 2003).

Certaines interventions comportementales permettant d'atténuer les symptômes d'anxiété et d'agressivité, les troubles de la conduite et les difficultés académiques sont aussi efficaces auprès des enfants ayant un trouble lié à l'attachement (Hanson & Spratt, 2000).

L'implication de la figure paternelle augmente l'efficacité des interventions (Bakermans-Kranenburg, et coll., 2003).

La création d'un environnement de jeu dans lequel les enfants ayant un trouble lié à l'attachement sont en contact avec de plus jeunes enfants est aussi favorable. Il est démontré que les enfants ayant des difficultés relationnelles peuvent tirer avantage du fait de jouer avec des enfants plus jeunes (Haugaard & Hazan, 2004).

Le jeu s'avère aussi une méthode efficace pour favoriser l'attachement père-enfant plus particulièrement. Tandis que l'attachement mère-enfant se développe essentiellement dans un contexte de soins, on soumet l'hypothèse que l'attachement père-enfant se développe surtout en contexte de jeux physiques. La synchronie parent-enfant serait aussi importante dans les jeux physiques que dans les réponses aux besoins de base de l'enfant (Paquette, 2002).

Encourager les expériences de succès (ex. : sur les plans sportif, musical, scolaire) devrait faire partie intégrante de l'intervention. Cela contribue à augmenter l'estime de soi et, jusqu'à un certain point, permet de compenser pour les déficits liés aux blessures de l'estime résultant d'un manque de soins (Haugaard & Hazan, 2004).

Pistes d'intervention spécifiques (sous-type désinhibé)

Les recherches les plus récentes distinguent l'intervention auprès des enfants ayant un trouble réactionnel de l'attachement (sous-type inhibé) de ceux ayant un trouble de l'engagement social désinhibé (sous-type désinhibé). Dans un rapport récent portant sur les troubles de l'attachement, Zeanah et Gleason (2015) mettent en évidence le fait qu'aucune recherche ne permet de statuer de la présence du sous-type inhibé à plus long terme chez les enfants qui ont vécu en milieu institutionnel et qui ont par la suite été adoptés. Les résultats des études font état de la présence du sous-type désinhibé quelques années après l'adoption mais n'observent pas la présence du sous-type inhibé, ce jusqu'à l'âge de 16 ans (Zeanah & Gleason, 2015). Quoiqu'il y ait peu d'études longitudinales portant sur les troubles d'attachement chez les enfants adoptés ayant vécu en milieu institutionnel, les informations obtenues nous indiquent que les comportements de type inhibé tendent à diminuer

considérablement ou disparaître lorsque l'enfant intègre un milieu d'accueil sécurisant (Zeanah & Gleason, 2015). Or, ce dernier facteur ne serait pas suffisant, dans la plupart des cas, pour les enfants présentant le sous-type désinhibé puisqu'il aurait moins d'effet sur les comportements indiscriminés (Smyke, Zeanah, Gleason, Drury, Fox, Nelson & Guthrie, 2012; Zeanah, 2000).

Ainsi, lorsque les enfants présentent le sous-type désinhibé et qu'on observe le maintien des comportements indiscriminés même après le placement dans un milieu sécurisant, il convient d'employer des approches et stratégies additionnelles à la modification de l'environnement social. Ces interventions devraient notamment porter sur les comportements de transgression des frontières sociales et la désinhibition de l'enfant (Zeanah & Gleason, 2015). Le peu d'études portant sur le sous-type désinhibé ne permet pas de statuer sur les méthodes d'intervention probantes (Zeanah & Gleason, 2015).

Mises en garde

La thérapie individuelle traditionnelle ne serait pas la meilleure approche pour les enfants puisque le lien de confiance est particulièrement difficile à établir. De plus, certains enfants ont plusieurs intervenants, ce qui peut porter à confusion, augmenter le risque d'éparpillement et créer une résistance à faire confiance. Il conviendrait surtout de favoriser la guidance parentale (Tardif, 2008).

Le traitement peut s'avérer difficile puisque la pathologie du parent ou son manque de sensibilité envers l'enfant peut perpétuer ou aggraver le problème d'attachement, toutefois nous en savons peu sur la manière de gérer ces difficultés (Hanson & Spratt, 2000).

L'intervention peut aussi être difficile, car certains enfants seront incapables de créer une relation avec le clinicien et que plusieurs d'entre eux continueront d'avoir des expériences d'attachement problématiques dans leur environnement familial (Haugaard & Hazan, 2004).

Certains traitements faisant usage de la contention physique ont été employés par des thérapeutes, alors que la méthode n'était pas reconnue comme probante par la communauté scientifique. C'est le cas par exemple de la *Holding therapy* et des *Re-birthing experience* . La méthode consiste à immobiliser l'enfant sur une période prolongée pour provoquer une stimulation (ex : maintien au sol, crier, chatouiller, pincer, etc.) jusqu'à ce que l'enfant soit exténué et qu'il ait extériorisé sa rage, avant d'être remis à sa figure d'attachement. Ces méthodes sont reconnues comme ayant directement causé la mort de jeunes enfants (Heller et coll., 2006) et ne devraient en conséquence pas être utilisées.

RÉFÉRENCES

- Ainsworth, M. D. (1985). Patterns of infant-mother attachments: Antecedents and effects on development. *Bulletin of the New-York Academy of Medicine*, 61(9), 771-791.
- Alston, J. (2000). Correlation between childhood bipolar I disorder and reactive attachment disorder, disinhibited type. Dans T. Levy (dir.), *Handbook of attachment interventions* (p. 193-242). San Diego, CA : Academic Press.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3e éd. rév.). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4e éd. rév.). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Association des centres jeunesse du Québec (2010). Fiches sur l'attachement (l'attachement, la figure d'attachement, les types d'attachement). Diffusion possible grâce à la Fondation Lucie et André Chagnon.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195-215.
- Balbernie, R. (2010). Reactive attachment disorder as an evolutionary adaptation. *Attachment and Human Development*, 12(3), 265-281.
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the adult attachment interview. *Attachment and Human Development*, 5(1), 64-77.
- Barone, L., Dellagiulia, A., & Lionetti, F. (2016). When the primary caregiver is missing: Investigating proximal and distal variables involved in institutionalised children's adjustment. *Child Abuse Review*, 25(6), 454-468.
- Béliveau, M.-J., Bureau, J.-F., Lemieux, M., & Pallanca, D. (2009). Les travaux découlant de la théorie de l'attachement : quelle utilité pour le clinicien? *Psychologie Québec*, 26 (3), 20-23.
- Berry, K., Ford, S., Jellicoe-Jones, L., & Haddock, G. (2015). Trauma in relation to psychosis and hospital experiences: The role of past trauma and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 227-239.
- Bisaillon, C. (2008). *Attachement et adaptation socioémotionnelle chez des enfants hébergés en centre jeunesse* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Montréal.
- Bland, A. M., & Ohio, C. (2014). Corrective Experiences in Corrections Counseling. *Journal of Theoretical and Philosophical Criminology*, 6(1), 46-76.
- Boris, N. W., Hinshaw-Fuselier, S. S., Smyke, A. T., Scheeringa, M. S., Heller, S. S., & Zeanah, C. H. (2004). Comparing criteria for attachment disorders: Establishing reliability and validity in high-risk samples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(5), 568-577.

- Brenning, K., Soenens, B., Braet, C., & Bosmans, G. (2011). The role of depressogenic personality and attachment in the intergenerational similarity of depressive symptoms: A study with early adolescents and their mothers. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(2) 284–297.
- Bruce, J., Tarullo, A. R., & Gunnar, M. R. (2009). Disinhibited social behavior among internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 21(1), 157- 171.
- Candela, T. (2010). Attachement, pratiques parentales et culture. *Défi jeunesse*, 16(3), 23-27.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69(4), 1107-1128.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (1999). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. New-York, New York : The Guilford Press.
- Centre jeunesse de Québec (2015). *L'intervention relationnelle*. Document inédit à l'attention des intervenants.
- Chambon, O., & Michel, M.-C. (2010). *Les bases de la psychothérapie. Approche intégrative et éclectique* (3^e éd.). Paris : Dunod.
- Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69(4), 1092–1106.
- Coleman, P. K. (2003). Reactive attachment disorder in the context of the family. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 8(3), 205-216.
- Cone, J. C., Golden, J. A., & Hall, C. W. (2009). The effect of short-term cognitive-behavioral group therapy on adolescents with attachment difficulties. *Behavioral Development Bulletin*, 15(1), 29-35.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.
- Cummings, E. M., & Cicchetti, D. (1990). Toward a transactional model of relations between attachment and depression. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (dir.), *Attachment in the preschool years* (p. 339-374). Chicago : University of Chicago Press.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87–108.
- Davidson, C., O'Hare, A., Mactaggart, F., Green, J., Young, D., Gillberg, C., & Minnis, H. (2015). Social relationship difficulties in autism and reactive attachment disorder: Improving diagnostic validity through structured assessment. *Research in Developmental Disabilities*, 40, 63–72.
- Dobrova-Krol, N. A., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2010). The importance of quality of care: Effects of perinatal HIV infection and early institutional rearing on preschoolers' attachment and indiscriminate friendliness. *Journal of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*, 51(12), 1368-1376.
- Drury, S. S., Gleason, M. M., Theall, K. P., Smyke, A. T., Nelson, C. A., Fox, N. A., & Zeanah, C. H. (2012). Genetic sensitivity to the caregiving context: the influence of 5httlpr and BDNF val66met on

- indiscriminate social behavior. *Physiology & Behavior*, 106(5), 728-735. doi: 10.1016/j.physbeh.2011.11.014
- Dumais, M., Cyr, C., & Michel, G. (2014). L'attachement chez les enfants institutionnalisés : une recension narrative et méta-analytique des études sur les facteurs de risque. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 64(4), 181-194.
- Easterbrooks, M. A. (1989). Quality of attachment to mother and to father: Effects of perinatal risk status. *Child development*, 60(4), 825-830.
- Edwards, E. P., Eiden, R. D., & Leonard, K. E. (2004). Impact of fathers' alcoholism and associated risk factors on parent-infant attachment stability from 12 to 18 months. *Infant Mental Health Journal*, 25(6), 556-579.
- Ellis, B. H., Fisher, P. A., & Zaharie, S. (2004). Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective symptomatology among institutionally reared Romanian children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1283-1292.
- Elovainio, M., Raaska, H., Sinkkonen, J., Mäkipää, S., & Lapinleimu, H. (2015). Associations between attachment-related symptoms and later psychological problems among international adoptees: Results from the FinAdo study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(1), 53-61.
- Follan, M., & Minnis, H. (2010). Forty-four juvenile thieves revisited: From bowlby to reactive attachment disorder. *Child: Care, Health and Development*, 36(5), 639-645.
- Follan, M., Anderson, S., Huline-Dickens, S., Lidstone, E., Young, D., Brown, G., & Minnis, H. (2011). Discrimination between attention deficit hyperactivity disorder and reactive attachment disorder in school aged children. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 520-526.
- Ford, J. D., Chapman, J., Corner, D. F., & Cruise, K. R. (2012). Complex trauma and aggression in secure juvenile justice settings. *Criminal Justice and Behavior*, 39(6), 694-724.
- Frodi, A., & Thompson, R. (1985) Infants' affective responses in the strange situation: Effects of prematurity and of quality of attachment. *Child Development*, 56(5), 1280-1290.
- Garvin, M. C., Tarullo, A. R., VanRyzin, M., & Gunnar, M. R. (2012). Postadoption parenting and socioemotional development in postinstitutionalized children. *Development and Psychopathology*, 24(1), 35-48.
- Giltaj, H. P., Sterkenburg, P. S., & Schuengel, C. (2013). Psychiatric diagnostic screening of social maladaptive behaviour in children with mild intellectual disability: Differentiating disordered attachment and pervasive developmental disorder behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(2), 138-149.
- Giltaji, H. P., Sterkenburg, P. S., & Schuengel, C. (2016). Adaptive behaviour, comorbid psychiatric symptoms, and attachment disorders. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 10(1), 82-91.
- Gleason, M. M., Fox, N. A., Drury, S. S., Smyke, A. T., Nelson, C. I., & Zeanah, C. H. (2014). Indiscriminate behaviors in previously institutionalized young children. *Pediatrics*, 133(3), 657-665.
- Gleason, M. M., Fox, N. A., Drury, S., Smyke, A., Egger, H. L., Nelson, C. A., Gregas, M. C., & Zeanah, C. H. (2011). Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: Indiscriminately

- social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(3), 216-231.
- Goldberg, S., Gotowiec, A., & Simmons, R. J. (1995). Infant-mother attachment and behavior problems in healthy and chronically ill preschoolers. *Development and Psychopathology*, 7(2), 267-282.
- Goldberg, S., Perrotta, M., Minde, K., & Corter, C. (1986). Maternal behavior and attachment in low-birth-weight twins and singletons. *Child Development*, 57(1), 34-46.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5(1-2), 191-213.
- Groark, C. J., McCall, R. B., & Fish, L. (2011). Characteristics of environments, caregivers, and children in three Central American orphanages. *Infant Mental Health Journal*, 32(2), 232-250.
- Hall, S. K., & Geher, G. (2003). Behavioral and Personality Characteristics of Children with Reactive Attachment Disorder. *Journal of Psychology*, 137(2), 145-162.
- Hanson, R. F., & Spratt, E. G. (2000). Reactive attachment disorder: What we know about the disorder and implications for treatment. *Child Maltreatment*, 5(2), 137-145.
- Haugaard, J. J., & Hazan, C. (2004). Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Reactive attachment disorder. *Child Maltreatment*, 9(2), 154-160.
- Heller, S. S., Boris, N. W., Hinshaw-Fuselier, S., Page, T., Koren-Karie, N., & Miron, D. (2006). Reactive attachment disorder in maltreated twins follow-up: From 18 months to 8 years. *Attachment & Human Development*, 8(1), 63-86.
- Honor, G. (2008). Reactive attachment disorder. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(4), 234-239.
- Humphreys, K., Zeanah, C., Nelson, C., Fox, N., & Drury, S. (2015). Serotonin transporter genotype (5HTTLPR) moderates the longitudinal impact of atypical attachment on externalizing behaviour. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 36(6), 409-416.
- Jonkman, C. S., Oosterman, M., Schuengel, C., Bolle, E. A., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2014). Disturbances in attachment: Inhibited and disinhibited symptoms in foster children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(21), 1-7.
- Julien, B. (2015). *Trouble de l'attachement et traumatismes chez l'enfant : recension intégrative des écrits*. (Mémoire de maîtrise inédit). Université Laurentienne.
- Kay, C., & Green, J. (2013). Reactive attachment disorder following early maltreatment: systematic evidence beyond the institution. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 571-581.
- Kemph, J. P., & Voeller, K. K. S. (2008). Reactive attachment disorder in adolescence. Dans L. T. Flaherty (dir.), *Adolescent psychiatry* (vol. 30, p. 159-178). New York, US: The Analytic Press/Taylor & Francis Group.
- Kobak, R. R., Sudler, N., & Gamble, W. (1991). Attachment and depressive symptoms during adolescence: A developmental pathways analysis. *Development and Psychopathology*, 3(4), 461-474.
- Kočovská, E., Puckering, C., Follan, M., Smillie, M., Gorski, C., Barnes, J., . . . Minnis, H. (2012). Neurodevelopmental problems in maltreated children referred with indiscriminate friendliness. *Research in Developmental Disabilities*, 33(5), 1560-1565.

- Korja, R., Savonlahti, E., Haataja, L., Lapinleimu, H., Manninen, H., Piha, J., & Lehtonen, L. (2009). Attachment representations in mothers of preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 32(3), 305-311.
- Koskina, N., & Giovazolias, T. (2010). The effect of attachment insecurity in the development of eating disturbances across gender: The role of body dissatisfaction. *The Journal of Psychology*, 144(5), 449-471.
- Laganière, J., Tessier, R., & Nadeau L. (2003). Attachement dans le cas de prématurité : un lien médiatisé par les perceptions maternelles. *Enfance*, 55(2), 101-117.
- Lalande, C., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Losier, V., Paquette, D., & Emery, J. (2014). Les comportements d'attachement indiscriminé chez les enfants de mères adolescentes : étiologie et facteurs de risque. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(2), 73-83.
- Lawler, J. M., Koss, K. J., Doyle, C. M., & Gunnar, M. R. (2016). The course of early disinhibited social engagement among post-institutionalized adopted children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 57(10), 1126-1134.
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T., & Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: A study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(39), 1-12.
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J.-F., Riley, C. D., & Atlas-Corbett, A. F. (2009). Socially indiscriminate attachment behavior in the Strange Situation: Convergent and discriminant validity in relation to caregiving risk, later behavior problems, and attachment insecurity. *Development and Psychopathology* 21(2), 355-372.
- Lyons-Ruth, K., Zeanah, C. H., & Benoit, D. (2003). Disorders and risk for disorders during infancy and toddlerhood. Dans E. J. Mash & R. Barkely (dir.), *Child psychopathology* (p. 457-491). New-York, NY : Guilford Press.
- Macey, T. J., Harmon, R. J., & Easterbrooks, M. A. (1987). Impact of premature birth on the development of the infant in the family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 846-852.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganised/disoriented during the Strange Situation. Dans M. Greenberg, D. Cicchetti et M. Cummings (dir.), *Attachment in the preschool years* (p. 121-160). Chicago : University of Chicago Press.
- Mangelsdorf, S. C., Plunkett, J. W., Dedrick, C. F., Berlin, M., & Meisels, S. J. (1996). Attachment security in very low birth weight infants. *Developmental Psychology*, 32(5), 914-920.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Waschbusch, D. A., & Baweja, R. (2016). Autism and reactive attachment/disinhibited social engagement disorders: Co-occurrence and differentiation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 1-12.
- Mayes, S. S., Calhoun, S. L., Waschbusch, D. A., Breaux, R. P., & Baweja, R. (2017). Reactive attachment/disinhibited social engagement disorders: Callous-unemotional traits and comorbid disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 63(1), 28-37.
- McLaughlin, K. A., Zeanah, C. H., Fox, N. A., & Nelson, C. A. (2012). Attachment security as a mechanism linking foster care placement to improved mental health outcomes in previously institutionalized children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(1), 46-55.

- Miellet, S., Caldara, R., Gillberg, C., Raju, M., & Minnis, H. (2014). Disinhibited reactive attachment disorder symptoms impair social judgements from faces. *Psychiatry Research*, 215(3), 747-752.
- Millward, R., Kennedy, E., Towlson, K., & Minnis, H. (2006). Reactive attachment disorder in looked-after children. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 11(4), 273-279.
- Minnis, H., & Keck, G. (2003). A clinical/research dialogue on reactive attachment disorder. *Attachment and Human Development*, 5 (3), 297-301.
- Minnis, H., Everett, K., Pelosi, A. J., Dunn, J., & Knapp, M. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and cost. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(2), 63- 70.
- Minnis, H., Fleming, G., & Cooper, S. (2010). Reactive Attachment Disorder Symptoms in Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(4), 398-403.
- Minnis, H., Green, J., O'Connor, T. G., Liew, A., Glaser, D., Taylor, E., . . . Sadiq, F. A. (2009). An exploratory study of the association between reactive attachment disorder and attachment narratives in early school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 50(8), 931-942.
- Minnis, H., Macmillan, S., Pritchett, R., Young, D., Wallace, B., Butcher, J., . . . Gillberg, C. (2013). Prevalence of reactive attachment disorder in a deprived population. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 342-346.
- Minnis, H., Reekie, J., Young, D., O'Connor, T., Ronald, A., Gray, A., & Plomin, R. (2007). Genetic, environmental and gender influences on attachment disorder behaviors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(6), 490-495.
- Mirza, K., Mwimba, G., Pritchett, R., & Davidson, C. (2016). Association between Reactive Attachment Disorder/Disinhibited Social Engagement Disorder and Emerging Personality Disorder: A Feasibility Study. *The scientific world journal*, 20, 1-9.
- Moran, K. K., McDonald, J. J., Jackson, A. A., Turnbull, S. S., & Minnis, H. H. (2017). A study of Attachment Disorders in young offenders attending specialist services. *Child Abuse & Neglect*, 65(1), 77-87.
- Moser-Richters, M., & Volkmar, F. R. (1994). Reactive attachment disorder of infancy or early childhood. *Child Adolescent and Psychiatry*, 33(3), 328-332.
- O'Connor, M., & Elklit, A. (2008). Attachment styles, traumatic events, and PTSD: A cross-sectional investigation of adult attachment and trauma. *Attachment and Human Development*, 10(1), 59-71.
- O'Connor, T. G., Marvin, R. S., Rutter, M., Olrick, J. T., Britner, P. A., & The English and Romanian (ERA) Study Team. (2003). Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Development and Psychopathology*, 15(1), 19-38.
- O'Connor, T., Spagnola, M., & Byrne, G. (2012). Reactive attachment disorder and severe attachment disturbances. Dans P. Sturmeym & M. Hersen (dir.), *Hanbook of evidence-based practice in clinical psychology* (p. 433-454). Hoboken: John Wiley & Sons.
- O'Connor, T. G., & Rutter, M. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 39(6), 703-712.
- O'Connor, T. G., Bredenkamp, D., & Rutter, M. (1999). Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 10-29.

- Oliveira, P. S., Soares, I., Martins, C., Silva, J. R., Marques, S., Baptista, J., & Lyons-ruth, K. (2012). Indiscriminate behavior observed in the Strange Situation among institutionalized toddlers: Relations to caregiver report and to early family risk. *Infant Mental Health Journal*, 33(2), 187-196.
- Olsavsky, A. K., Telzer, E. H., Shapiro, M., Humphreys, K. L., Flannery, J., Goff, B., & Tottenham, N. (2013). Indiscriminate amygdala response to mothers and strangers after early maternal deprivation. *Biological Psychiatry*, 74(11), 853-860.
- Oostermann, M., & Schuengel, C. (2008). Attachment in foster children associated with caregivers' sensitivity and behavioral problems. *Infant Mental Health Journal*, 29(6), 609-623.
- Ouellet, M. (2011). *Théorie de l'attachement : repères pour l'intervention auprès des familles d'accueil ou adoptantes*. (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Montréal.
- Paquette, D. (2002). Du nouveau sur la relation d'attachement père-enfant. *Défi jeunesse*, 8(2), 6-12.
- Pears, K. C., Bruce, J., Fisher, P. A., & Kim, H. (2010). Indiscriminate friendliness in maltreated foster children. *Child Maltreatment*, 15(1), 64-75.
- Pierrehumbert, B. (2003). *Le premier lien : Théorie de l'attachement*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Plunkett, J. W., Meisels, S. J., Stiefel, G. S., Pasick, P. L., & Roloff, D. W. (1986). Patterns of attachment among preterm infants of varying biological risk. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 25(6), 794-800.
- Pritchett, R., Pritchett, J., Marshall, E., Davidson, C., & Minnis, H. (2013a). Reactive attachment disorder in the general population: A hidden ESSENCE disorder. *The Scientific World Journal*, 20(1), 1-7.
- Pritchett, R., Rochat, T. J., Tomlinson, M., & Minnis, H. (2013b). Risk factors for vulnerable youth in urban townships in South Africa: The potential contribution of reactive attachment disorder. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 8(4), 310-320.
- Raaska, H., Elovainio, M., Sinkkonen, J., Matomäki, J., Mäkipää, S., & Lapinleimu, H. (2012). Internationally adopted children in Finland: Parental evaluations of symptoms of reactive attachment disorder and learning difficulties - FINADO study. *Child: Care, Health and Development*, 38(5), 697-705.
- Raaska, H., Elovainio, M., Sinkkonen, J., Stolt, S., Jalonen, I., Matomäki, J., Mäkipää, S., & Lapinleimu, H. (2013). Adopted children's language difficulties and their relation to symptoms of reactive attachment disorder: FinAdo study. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 34(3), 152-160.
- Raaska, H., Lapinleimu, H., Sinkkonen, J., Salmivalli, C., Matomäki, J., Mäkipää, S., & Elovainio, M. (2012). Experiences of school bullying among internationally adopted children: Results from the Finnish Adoption (FINADO) Study. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(4), 592-611.
- Rode, S. S., Chang, P. N., Fisch, R. O., & Sroufe, L. A. (1981). Attachment patterns of infants separated at birth. *Developmental Psychology*, 17(2), 188-191.
- Roelofs, J., Onckels, L., & Muris, P. (2013). Attachment quality and psychopathological symptoms in clinically referred adolescents: The mediating role of early maladaptive schema. *Child Family Studies*, 22(3), 377-385.

- Rutter, M. L., O'Connor, T. G. & English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. (2004). Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Developmental psychology*, 40(1), 81-94.
- Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., . . . Sonuga-Barke, E. J. S. (2007). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: Disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 17-30.
- Sadiq, F. A., Slator, L., Skuse, D., Law, J., Gillberg, C., & Minnis, H. (2012). Social use of language in children with reactive attachment disorder and autism spectrum disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(5), 267-276.
- Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D., Drapeau, S., Cloutier, R., & Doré, C. (2004). Séparation, monoparentalité et reconstitution familiale : bilan d'une réalité complexe et pistes d'action. Québec : Les presses de l'Université Laval.
- Schaw, S. R., & Paez, D. (2007). Reactive attachment disorder: Recognition, action, and considerations for school social workers. *Children and Schools*, 29(2), 69-74.
- Scott, S. (2003). Integrating attachment theory with other approaches to developmental psychopathology. *Attachment & Human Development*, 5(3), 307-312.
- Sheperis, C. J., Renfro-Michel, E. L., & Doggett, R. A. (2003). In-home treatment of reactive attachment disorder in a therapeutic foster care system: A case example. *Journal of Mental Health Counseling*, 25(1), 76-88.
- Smyke A. T., Dumitrescu A., & Zeanah, C. H. (2002). Attachment disturbances in young children I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 972-982.
- Smyke, A. T., Koga, S. F., Johnson, D. E., Fox, N. A., Marshall, P. J., Nelson, C. A., Zeanah, C. H., & The Bucharest Early Intervention Project Core Group. (2007). The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(2), 210-218.
- Smyke, A. T., Zeanah, C. H., Gleason, M. M., Drury, S. S., Fox, N. A., Nelson, C. A., & Guthrie, D. (2012). A randomized controlled trial comparing foster care and institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 169(5), 508-514.
- Spilt, J. J., Vervoort, E., Koenen, A., Bosmans, G., & Verschueren, K. (2016). The socio-behavioral development of children with symptoms of attachment disorder: An observational study of teacher sensitivity in special education. *Research in Developmental Disabilities*, 56(1), 71-82.
- Tarabulsky, G. M., Larose, S., Pederson, D. R., & Moran, G. (2000). *Attachement et développement : le rôle des premières relations dans le développement humain*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Tardif, G. (2008) La théorie de l'attachement au service des enfants placés. *Psychologie Québec*, 25(2), 28-30.
- Tarullo, A. R., Garvin, M. C., & Gunnar, M. R. (2011). Atypical EEG power correlates with indiscriminately friendly behavior in internationally adopted children. *Developmental Psychology*, 47(2), 417-431.

- Trowell, J., Ugarte, B., Kolvin, I., Berelowitz, M., Sadowski, H., & Le Couteur, A. (1999). Behavioural psychopathology of child sexual abuse in schoolgirls referred to a tertiary centre: a North London study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8(2), 107-116.
- Van Den Dries, L., Juffer, F., van Ijzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Alink, L.R.A. (2012). Infants' responsiveness, attachment, and indiscriminate friendliness after international adoption from institutions or foster care in China: Application of Emotional Availability Scales to adoptive families. *Development and Psychopathology*, 24(1), 49-64.
- Van Ijzendoorn, M. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387-403.
- Vervoort, E., Bosmans, G., Doumen, S., Minnis, H., & Verschueren, K. (2014). Perceptions of self, significant others, and teacher-child relationships in indiscriminately friendly children. *Research in Developmental Disabilities*, 35(11), 2802-2811.
- Werner-Wilson, R. J., & Davenport, B. R. (2003). Distinguishing between conceptualizations of attachment: Clinical implications in marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 25(2), 179-193.
- Wille, D. E. (1991). Relation of preterm birth with quality of infant-mother attachment at one year. *Infant Behavior and Development*, 14(2), 227-240.
- Wilmshurst, L. (2013). *Clinical and educational child psychology: An ecological-transactional approach to understanding child problems and interventions*. Hoboken, N. J. : John Wiley & Sons.
- Wilson, S. L. (2001). Attachment disorders: Review and current status. *The Journal of Psychology*, 135(1), 37-51.
- Wisner Fries, A. B., & Pollak, S. D. (2017). The role of learning in social development: Illustrations from neglected children. *Developmental Science*, 20(2), 1-12.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genève: World Health Organization.
- Zeanah, C. H. (2000). Disturbances of attachment in young children adopted from institutions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21(3), 230-236.
- Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2004). Temperament and attachment disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 32-41,
- Zeanah, C.H., & Gleason, M.M. (2015). Annual research review : Attachment disorders in early childhood - clinical présentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychiatry*, 56(3), 207-222.
- Zeanah, C. H., & Smyke, A. T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal*, 29(3), 219-233.
- Zeanah, C. H., Scheeringa, M., Boris, N. W., Heller, S. S., Smyke, A. T., & Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse & Neglect*, 28(8), 877-888.
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., Carlson, E., & The Bucharest Early Intervention Project Core Group. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76(5), 1015-1028.