

Douleur et attachement : une revue

Pain and Attachment: a Review

M. Bachelart · A. Bioy · M. Richard

© Lavoisier SAS 2022

Résumé Depuis la fin des années 1960, John Bowlby a conceptualisé la notion d'attachement, ce qui a favorisé les réflexions futures à partir d'un modèle biopsychosocial que ce soit dans une compréhension du développement normal ou pathologique. Cet article est une revue des recherches et théories rapprochant la notion de douleur et le concept d'attachement à prédominances théoriques sociale, psychologique ou biologique. Les données de recherche restent hétérogènes par un manque de consensus sur les outils d'évaluation, mais d'autres méthodologies devraient s'engager à l'avenir sur des protocoles permettant d'affiner les liens entre douleur et attachement. Les limites des différentes recherches ainsi que les liens théorico-cliniques sont discutés par la suite.

Mots clés Attachement · Douleur · Coping · Émotion · *Caregiving*

Abstract Since the end of the 1960s, John Bowlby has conceptualized the notion of attachment, which has encouraged future reflections based on a biopsychosocial model, whether in an understanding of normal or pathological development. This article is a review of the research and theories that bring together the notion of pain and the concept of attachment with predominantly social, psychological, or bio-

logical theories. The research data remain heterogeneous due to a lack of consensus on evaluation tools, but other methodologies should be used in the future to refine the links between pain and attachment. The limits of the various research studies and the theoretical-clinical links are discussed below.

Keywords Attachment · Chronic pain · Coping strategies · Emotion · *Caregiving*

Introduction

La douleur aiguë et surtout la douleur chronique posent de multiples questions, la douleur restant le premier motif de consultation médicale. Les difficultés de recouvrement d'un mieux-être évalué comme acceptable par les patients ainsi que les attitudes relationnelles et le discours formant en soi la plainte douloureuse ont suggéré aux cliniciens que la douleur n'était pas purement physique ou purement psychologique. La création des unités de prise en charge de la douleur a permis d'observer des attitudes récurrentes, notamment par la présentation que le patient fait de lui-même et de son motif de consultation. La chronicisation de syndromes douloureux, semblant parfois difficilement gérables par les techniques médicales traditionnelles, a posé la question du lien à l'autre. Plusieurs chercheurs et cliniciens ont tenté de rallier méthodologiquement et théoriquement cette modalité relationnelle qui lie aussi bien le sujet en souffrance à lui-même aussi bien qu'au soignant. Les notions de douleur et de souffrance ainsi que l'implication en amont de difficultés aussi bien physiques que psychologiques trouvent un concept utile qui vient résonner dans la pratique clinique qui est la théorie de l'attachement. Cette dernière a permis d'ouvrir un pan de recherche visant à mieux entendre la plainte douloureuse. La théorie de l'attachement a une vision intégrative et ne prend pas parti de facteurs soit psychologiques, soit environnementaux, et c'est en cela qu'elle peut s'ajouter à d'autres concepts comme celui de coping, d'émotion, d'adaptation et peut permettre, au besoin, d'obtenir une vision individualisée du sujet douloureux.

M. Bachelart

Institut du Comment 11 bis, rue Arthur-Papon
F-77220 Gretz-Armainvilliers
e-mail : institutducomment@gmail.com

A. Bioy (✉)

Laboratoire psychopathologie et processus de changement,
Institut de médecine intégrative et complémentaire,
université de Paris-VIII, CHU de Bordeaux,
2, rue de la Liberté, F- 93000 Saint-Denis, France
e-mail : antoine.bioy@univ-paris8.fr

M. Richard

Consultation d'étude et de traitement de la douleur,
hôpital Saint-Camille, 2, rue des Pères-Camilliens,
F-94360 Bry-sur-Marne, France
e-mail : mrichardpsychologue@outlook.fr

Nous décrivons les différents résultats de recherches, nous ferons un point sur les théories liant attachement et phénomène douloureux pour conclure sur les limites des études et les ouvertures dans ce champ.

Théorie de l'attachement : origines, modèles et évaluations

La théorie de l'attachement a été fondée par Bowlby [1–3] et affinée par ses successeurs tels qu'Ainsworth et al. [4].

Cette théorie propose une compréhension du lien entre le bébé et l'environnement maternel, c'est-à-dire l'environnement familial donneur de soins. Le bébé a un besoin inné de proximité envers une ou plusieurs figures le protégeant du monde extérieur procurant un sentiment de sécurité. En cela, il est fondamental d'évoquer que selon la théorie de l'attachement, le besoin d'attachement est un besoin primaire, jusqu'à mentionner une notion de pulsion d'attachement, qui s'oppose aux théories (notamment freudiennes) selon lesquelles le bébé nourrirait d'abord et avant tout un besoin de proximité pour des raisons alimentaires, dans une dynamique de survie et selon les pulsions d'autoconservation. Il s'agit alors ici d'être dans une démarche de soin tant corporel que psychique, avec l'idée de répondre aux signaux d'alerte et de détresse de l'enfant, que ceux-ci concernent la dimension alimentaire ou non.

Des allers-retours s'opèrent entre ces besoins innés et les réactions de l'environnement, lesquelles permettent, grâce à la qualité du lien d'attachement intériorisé, la construction de représentations du monde. La réaction à la séparation physique a une fonction de promotion de l'attachement permettant de s'adapter à une nouvelle situation ou à un nouvel environnement. La gestion des affects est alors déterminée par un lien sûr ou une sécurité plus ou moins stable pour le bébé. Les modèles internes opérants sont les modèles de relations que le bébé intériorise et qui, originellement, proviennent des interactions entre les membres de l'entourage et envers lui : ils ont alors un impact sur les attitudes et comportements du bébé et par la suite sur son développement d'adulte. Le sentiment de sécurité se développera au fil du temps en fonction de la balance entre les sentiments du bébé d'une part (satisfaction vs frustration ou plus largement entre affects positifs et négatifs) et, d'autre part, la réponse des figures d'attachement. L'attachement débute dès la grossesse et s'établirait durant les trois premières années de la vie. Ce système influencerait la façon dont l'enfant construirait ses relations sociales durant le reste de sa vie.

Comme le soulignent justement Attale et Consoli [5], le concept d'attachement était originellement usité en pédopsychiatrie puis a suscité l'intérêt des chercheurs dans le domaine des pathologies à versant prioritairement somatique. Les auteurs précisent que des liens ont pu être faits

entre les styles d'attachement, les réponses au stress ou les comportements de santé (recherche de soutien, observance thérapeutique, etc.). L'attachement reste donc un facteur influençant le fonctionnement dans les relations humaines et les comportements de recherche d'aide ou de soin envers les professionnels comme les médecins [6].

Ainsworth et al. [4], grâce au paradigme de la *strange situation* (situation étrange, en français) décrit quatre types d'attachement :

- *secure* : détresse de l'enfant lors de la séparation d'avec le parent avec arrêt de l'exploration, recherche de proximité et consolation rapide avec l'adulte ;
- *insecure* de type anxieux/évitant : exploration de l'environnement sans s'occuper de la présence ou l'absence du parent, pas de signe de détresse lors de son départ ;
- *insecure* de type anxieux/ambivalent : l'enfant est anxieux et n'explore pas en présence du parent auquel il reste collé, détresse à la séparation et n'est pas consolable ;
- *insecure* de type désorganisé : comportements d'évitement et d'ambivalence, comportements incomplets et stratégie globale incohérente, confuse et craintive.

Pour Ainsworth et al., il existe des schèmes d'attachement dans les relations primaires : en effet, pour cette auteure, le lien affectif ne deviendra lien d'attachement que lorsque l'enfant cherchera la sécurité et le réconfort dans la relation.

Bartholomew [7–9] en décrit lui aussi quatre, se définissant par un point de vue sur le modèle de soi et le modèle des autres :

- *secure* : modèle de soi et des autres positifs ;
- préoccupé : modèle de soi négatif et modèle des autres positifs ;
- détaché : modèle de soi positif et modèle des autres négatifs ;
- craintif : modèle de soi et des autres négatifs.

Il est à noter qu'un attachement *insecure* ne signifie pas un attachement déséquilibré ou pathologique en soi, Siegel [10] le voit comme une variation normale.

Les différences dans le style d'attachement sont systématiquement associées avec différents patterns de réponses émotionnelles et capacités de régulation émotionnelles [11] aussi bien qu'à la qualité des expériences relationnelles.

Études sur attachement et douleur

La théorie de l'attachement est une théorie du développement normal aussi bien qu'une théorie du développement psychopathologique. La théorie de l'attachement et les recherches qui s'y appuient suggèrent que les différents types de liens envers les parents peuvent être déterminants dans le développement de comportements mal adaptés, tels

que la dépression, la perception de la douleur et la réponse au traitement chez les douloureux chroniques.

Vannotti et Gennard [12] relient douleur et attachement dans un système familial par ces mots : « *Si la douleur détient ce pouvoir de "contamination" qui consiste à affecter non seulement le seul patient, mais aussi chacun de ses proches, c'est avant tout parce qu'elle menace le lien d'attachement comme tel* ». La douleur peut alors être vue comme un signal déstabilisant et menaçant le lien d'attachement au même titre qu'un besoin secondaire du bébé qui ne pourrait être comblé et qui mettrait en difficulté aussi bien le sujet en souffrance que son entourage.

L'attachement *insecure* dans une population en bonne santé est associé à des croyances hypocondriaques [13], une hypervigilance à la douleur [14], un accroissement des peurs liées à la douleur [14], à une réduction du seuil de douleur [15] et des stratégies de *coping* assez pauvres pour faire face à la douleur [14,16].

Plusieurs études anglo-saxonnes ont évalué l'attachement chez des patients douloureux (enfants et adultes) afin de voir son lien avec la douleur (aiguë et chronique) ainsi que sur des comportements ou traits psychologiques. Un autre pan de recherche s'est plutôt intéressé aux modifications du style d'attachement et/ou aux figures d'attachement identifiées (aidant/conjoint[e]) alors que d'autres ont tenté de lier le biologique et physiologique au psychologique.

Meredith et al. [15] démontrèrent qu'un seul item mesurant l'attachement *insecure* craintif était lié à des évaluations basses de la douleur tandis que de hauts niveaux d'attachement anxieux furent associés avec de bas seuils de douleur.

L'étude d'Andrews et al. [17] a évalué les liens entre attachement et communication d'une douleur aiguë afin de mieux saisir les différences interindividuelles en termes de vulnérabilité de développement d'une douleur chronique. La méthodologie consiste à évaluer chez 82 sujets des mesures d'attachement, neuroticisme et affects négatifs avant une tâche de pression douloureuse par le froid. L'attachement *insecure* craintif était associé à de faibles niveaux d'intensité douloureuse, l'attachement *insecure* détaché était aussi associé à moins de douleur aussi bien quand la tolérance à la douleur augmentait. Ces résultats ne varient pas avec le contrôle des variables comme le neuroticisme, les affects négatifs, l'âge et la désirabilité sociale. Les auteurs conclurent que ces deux types de profils vont de pair avec un masquage de la détresse causée par l'expérience de la douleur, causant potentiellement des difficultés à faire face à la douleur au fil du temps. Contrairement à ce qui était attendu, l'attachement préoccupé n'était pas associé à des bas niveaux d'intensité douloureuse, ce qui ne va pas dans le sens des théories de Kozłowska [18] et Mikail et al. [19] ainsi que les résultats de Meredith et al. [15] qui découvrirent que l'attachement anxieux (incluant l'attachement préoccupé) est associé à des seuils de douleur.

L'étude d'Andrews et al. [17] met également en évidence la possibilité que les caractéristiques du chercheur, plus précisément le fait que le chercheur soit connu ou non des participants, influencent leur évaluation de la douleur dans les études expérimentales sur la douleur. Dans cette étude, les personnes rejetantes (attachées de manière évitante) qui étaient connues du chercheur ont signalé une douleur moins intense que celles qui n'étaient pas connues du chercheur. Il est possible que ces participants aient tiré une certaine mesure de soutien ou de menace perçue de la présence du chercheur connu, diminuant ainsi leur expérience de la douleur.

En 2014, la même équipe [20] étudie les liens entre l'acquisition d'une attitude peu adaptée envers l'activité en cas de douleur chronique et le style d'attachement sur 164 adultes atteints de douleurs chroniques. Les sujets montrant un style d'attachement *secure* évitent moins l'activité, et ce résultat est lié directement à des niveaux plus faibles de catastrophisme. Ainsi, des niveaux plus élevés d'attachement sécurisant n'étaient pas associés à la suractivité et étaient indirectement associés à des niveaux plus faibles d'évitement des activités par le biais de niveaux plus faibles de catastrophisme. En revanche, présenter un style d'attachement préoccupé ou craintif serait directement lié au fait de faire preuve de suractivité. Les sujets présentant un style d'attachement préoccupé évitent plus l'activité en lien avec une catastrophisation plus importante. Aussi, des niveaux plus élevés d'attachement préoccupé étaient associés à des niveaux plus élevés de catastrophisme, d'évitement des activités et de suractivité. De plus, la relation entre l'attachement préoccupé et l'évitement des activités était médiée par le catastrophisme. Au demeurant, les sujets qui ont un style d'attachement évitant ne semblaient ni faire preuve d'évitement ou de suractivité : par contre, ils se situaient dans des mécanismes d'annulation de la pensée. Pour autant, alors que des niveaux plus élevés d'attachement évitant étaient associés à des niveaux plus élevés de suppression des pensées, ni l'attachement évitant ni la suppression des pensées ne prédisaient la suractivité. Enfin, les sujets montrant un style d'attachement craintifs évitaient davantage l'activité, en lien avec une catastrophisation plus importante. Des niveaux plus élevés d'attachement craintif étaient donc associés à des niveaux plus élevés de catastrophisme, de suractivité et d'évitement.

Les études de McWilliams et Asmundson [14] et Meredith et al. [21] ont exploré les variables attachement et douleurs chez des sujets en relative bonne santé et/ou ne présentant pas de douleurs. L'attachement anxieux était associé à une peur de la douleur, une hypervigilance et du catastrophisme alors que l'attachement évitant était associé au catastrophisme uniquement.

Tremblay et Sullivan [22] ont évalué les relations entre le style d'attachement et la sévérité de la douleur et la

dépression chez les adolescents. Ils ont évalué la rumination par rapport aux autres études, considérée comme comprenant trois dimensions interreliées : rumination, agrandissement du phénomène (en tant que perception envahissante) et sentiment d'impuissance [23]. Des questionnaires ont été distribués à 382 lycéens évaluant le style d'attachement, le catastrophisme, la dépression, l'anxiété et la douleur ressentie durant le mois dernier ainsi que son intensité/sévérité. Un attachement *secure* était associé à une basse intensité douloureuse, dépression, anxiété, catastrophisme envers la douleur et anxiété. Les styles d'attachement préoccupé et craintif étaient associés à plus d'intensité douloureuse, dépression, catastrophisme envers la douleur et anxiété. Le style détaché était aussi associé à de hauts niveaux de dépression et d'anxiété. Les analyses plus poussées sur le plan statistique montrent que deux dimensions du catastrophisme envers la douleur que sont l'anxiété et l'impuissance sont des médiateurs entre les styles d'attachement *secure*, préoccupé et craintif et l'intensité douloureuse. De plus, les deux dimensions de catastrophisme que sont l'anxiété et la rumination sont, pour leur part, des médiateurs de la relation entre les styles d'attachement *secure*, préoccupé et craintif et la dépression cette fois-ci.

Hazan et Shaver [24] furent les premiers à conceptualiser les relations amoureuses entre adultes en tant que processus d'attachement. Les chercheurs utilisèrent trois styles d'attachement (*secure*, anxieux ou évitant) pour étudier les relations amoureuses bien que l'on puisse se référer à quatre styles : *secure*, préoccupé, craintif et détaché [7,8]. Dans cette étude [24], les auteurs ont observé d'une part que la prévalence des trois styles d'attachement (*secure*, anxieux ou évitant) était relativement la même à l'âge adulte que durant l'enfance. D'autre part, l'étude a mis en évidence que la manière dont ces adultes faisaient l'expérience de la relation amoureuse différait sensiblement en fonction du type de lien d'attachement qu'ils présentaient. Enfin, dans cette étude, le style d'attachement était significativement lié au modèle interne opérant de soi, des autres et des expériences relationnelles avec les parents.

L'étude d'Eisenberger et al. [25] est la première à tenter de relever les mécanismes neuronaux sous-tendant le sentiment sécurisant d'attachement. Une douleur physique expérimentale a été induite chez des sujets visionnant une figure d'attachement qui leur est significative (vs un groupe témoin avec images de personnes étrangères ou d'objet). L'activité de la région neuronale associée au signal de sécurité est augmentée : le cortex préfrontal ventromédian et correspond à la réduction de la douleur. La vision de l'image du partenaire tandis que le sujet reçoit une stimulation douloureuse réduit la sensation douloureuse, réduit l'activité neuronale en lien avec la perception de la douleur (le cortex cingulaire antérieur dorsal et l'insula antérieure) et augmente l'activité du cortex préfrontal ventromédian.

L'étude de Wilson et Ruben [26] tente d'évaluer à la manière de celle d'Eisenberger et al. l'effet de l'attachement des femmes à leurs partenaires, mais dans un contexte dyadique (présence physique du partenaire) sur la perception d'une douleur aiguë expérimentale. Bien que plusieurs études aient évalué la fonction régulatrice du système d'attachement dans un contexte interpersonnel impliquant des stressors psychologiques [27–29], peu d'études ont évalué le processus d'attachement en réponse à des stressors physiques comme la douleur. De hauts niveaux d'attachement anxieux étaient liés des seuils de douleur bas, une plus grande douleur subjective et plus de catastrophisme. De hauts niveaux d'attachement évitant étaient liés avec une meilleure tolérance à la douleur et de façon inattendue pour les auteurs à une excitation physiologique plus basse. Les femmes les plus évitantes et anxieuses répondaient négativement à la douleur quand elles étaient accompagnées par un partenaire très anxieux.

Ainsi, dans cette étude, l'expérience de la douleur chez les femmes varie en fonction de leur propre modèle d'attachement et de celui de leur partenaire. En d'autres termes, les femmes ayant un modèle d'attachement sécurisant ont signalé des seuils de douleur plus élevés et étaient plus à même de tolérer la douleur si leur partenaire présentait des niveaux élevés d'anxiété liée à l'attachement, probablement dans le but de diminuer la détresse de leur partenaire. En revanche, les participantes qui avaient un attachement anxieux ou évitant réagissaient plus négativement à la douleur lorsque leur partenaire présentait un niveau d'anxiété d'attachement élevé.

L'intérêt de ces recherches, portant sur le ressenti douloureux en présence d'une figure d'attachement provient essentiellement de l'idée que l'aidant atténue les affects négatifs, permet de mieux faire face à la douleur à travers des stratégies de régulation émotionnelle qui contribuent à la régulation de l'homéostasie physiologique, ce qui prolonge la vision psychobiologique de l'attachement de Bowlby [2] et Diamond et Hicks [30]. En outre, ces études permettent également de nous interroger quant à notre clinique en douleur chronique, au regard des problématiques que la douleur pose ou fait advenir dans des dimensions plus larvées, au sein des couples que nous rencontrons parfois lorsque nous recevons le patient douloureux chronique.

Plusieurs chercheurs ont tenté de comprendre comment s'opérait le passage de la douleur aiguë à la douleur chronique, notamment Aronoff et Feldman [31], Epping-Jordan et al. [32] ou Young [33]. En l'absence de prédicteurs physiologiques ou démographiques adéquats de la chronicité, les recherches se sont alors penchées vers le rôle des facteurs cognitifs et comportementaux [34].

Des variables de la personnalité comme la dépression, l'anxiété, le style d'attachement, la sensibilité au rejet,

l'introversion et l'extraversion modulent la sensibilité à la douleur [35–37].

Un attachement *insecure* chez l'adulte est positivement associé à des niveaux d'invalidité et de hauts niveaux de douleur [38,39] et à des symptômes dépressifs avec une perception basse des habiletés à faire face à la douleur [40,41] et plus de catastrophisme [41].

Parmi les sujets douloureux chroniques, l'attachement *insecure* est lié à plus d'évaluation négative de la douleur [40,41], à une augmentation de la perception douloureuse et de son caractère invalidant selon McWilliams et al., à une augmentation de la détresse psychologique [38,40], à de pauvres stratégies de *coping* face à la douleur [15] et à une plus grande utilisation du système de santé [40]. Les données restent équivoques avec des résultats allant dans le sens d'une absence de relation entre le style d'attachement et l'intensité douloureuse [15,40,42]. Ces résultats hétérogènes peuvent s'expliquer par des échantillons de tailles différentes, les différentes classifications de la douleur et le recrutement dans des centres spécialisés dans la prise en charge de la douleur ou des services de réhabilitation et réadaptation.

Mikulincer et Florian [43] ont montré qu'un style d'attachement mal adapté peut affecter la capacité à faire face et s'ajuster aux douleurs dorsales chroniques chez des hommes adultes. Chez les patients présentant un attachement principalement ambivalent ou évitant (correspond au sens de Bartholomew [9] aux styles d'attachement préoccupé et craintif), évaluent leurs douleurs dorsales en termes plus menaçants, s'évaluent eux-mêmes comme moins capables de gérer leurs douleurs dépendant plus de stratégies centrées sur les émotions et moins sur des stratégies centrées sur le problème, en comparaison avec des patients présentant un attachement principalement *secure*.

Un point important dans l'expérience et la gestion de la douleur est que le style d'attachement a été montré comme lié à l'évaluation et la réaction aux menaces de toutes sortes [44].

L'étude de Davies et al. [39] ajoute une nuance supplémentaire, à savoir que les sujets présentant des douleurs « étendues » (*widespread pain*), l'attachement *insecure* était associé au nombre de localisations de la douleur, au degré d'invalidité causé par la douleur, mais non associé à l'intensité de la douleur.

L'étude de Williams et Bailey [45] est la première à avoir évalué le lien entre le niveau d'attachement de patients adultes et un large panel de 15 conditions de santé différentes. Les résultats montrent que l'attachement évitant évalué par questionnaire est positivement associé à des conditions définies essentiellement par la douleur comme les maux de tête aigus ou fréquents. L'attachement anxieux étant plutôt relié aux maladies intéressant le système cardiovasculaire tandis que l'attachement sécurisé n'est pas relié à certaines conditions de santé. Des analyses plus approfondies concernant les histori-

ques dans la vie des sujets de dépression, anxiété ou abus de substance par exemple, montrent que l'attachement anxieux continue à être significativement et positivement associé à la douleur chronique entre autres conditions comme les attaques cardiaques ou les ulcères. Les auteurs soutiennent l'idée que l'attachement *insecure* est un facteur de risque du développement de maladies, notamment chroniques.

Des chercheurs ont montré que les patients présentant des douleurs chroniques avaient plus tendance à présenter un style d'attachement anxieux, caractérisé par une grande sensibilité au rejet social [46,47].

L'étude qui suit s'appuie sur la théorie de la douleur sociale [36] qui dit que l'affect douloureux ou l'émotion déplaisante qui souvent l'accompagne servent de signal à une exclusion sociale perçue et contribue à une régulation du système d'attachement. Une douleur physique, accident par exemple, maintiendrait une perception d'exclusion sociale et avec le temps contribuerait à plus d'attachement anxieux.

Chez les patients douloureux chroniques, une douleur physique constante ainsi que ses composantes affectives sensibilise le réseau douloureux, abaisse le seuil perceptif de la douleur et augmente l'attachement anxieux et la sensibilité au rejet.

Même si leurs relations se portent mieux, les personnes présentant un attachement anxieux sont plus promptes à ressentir une peur du rejet et des attributions négatives. On a observé que les personnes présentant un attachement anxieux ont une inhibition comportementale et un système « combattre ou fuir » trop actifs [47]. MacDonald [48] a pu démontrer la portée sociale de la plainte douloureuse qui serait médiatisée par un attachement anxieux, notamment par une tâche de manipulation expérimentale de l'exclusion sociale. Dans cette étude, MacDonald [48] a montré que le seuil de douleur des participants présentant un niveau élevé d'anxiété d'attachement augmentait en réponse à une condition d'exclusion sociale en laboratoire, tandis que le seuil de douleur des participants présentant un faible niveau d'anxiété d'attachement diminuait. Ainsi, la menace d'un rejet de l'autre pourrait moduler les niveaux de douleur ressentis pour certaines personnes, en fonction de leur modèle d'attachement. De fait, ce phénomène pourrait avoir un impact sur la régulation de la détresse liée à la douleur.

Dans l'étude de Sambo et al. [49], les participants présentant un niveau d'anxiété d'attachement plus élevé ont signalé des niveaux de douleur plus faibles lorsqu'ils percevaient un niveau d'empathie adéquat chez l'interlocuteur. Par comparaison, ceux qui présentaient un niveau d'évitement d'attachement plus élevé signalaient des niveaux de douleur moins intenses lorsqu'ils étaient seuls. Ainsi, les auteurs concluent que la présence d'une personne empathique pendant une procédure médicale douloureuse s'avérerait alors être bénéfique pour les personnes présentant un

modèle d'attachement anxieux, alors qu'elle constituerait un handicap pour celles présentant un attachement de type évitant. En outre, la richesse de cette étude repose sur l'intérêt qu'elle porte à la qualité de l'interaction entre le style d'attachement et la dimension empathique durant une situation de douleur expérimentale.

L'équipe d'Avagianou et al. [50] a évalué chez 65 patients souffrant de douleurs chroniques le lien parental, la dépression et la douleur par EVA. Les sujets présentant un manque d'affection perçue (lien parental trop protecteur ou insensible) envers les parents, et spécialement envers la mère, ont reporté plus de dépression et une sensation douloureuse plus importante. Les patients douloureux chroniques avec un lien parental « optimal » reportent moins de dépression et de douleur.

Dans de récentes études allemandes menées par l'équipe de Pfeifer et al. [51,52], les liens entre attachement et douleur sont également questionnés.

Dans la première [51], les résultats suggèrent l'importance des processus qui sous-tendent le style d'attachement et leur implication dans la gestion des expériences douloureuses. Cette étude scinde les sujets en deux groupes, l'un porteur de douleurs de types musculosquelettiques médicalement inexplicables et l'autre de douleurs d'ostéoartrrose. Les deux groupes recevaient deux types de traitements :

- le groupe concerné par les douleurs musculosquelettiques bénéficiait d'un programme de six à sept heures, cinq jours par semaine, durant quatre semaines. Le programme comprenait des séances de psychothérapie, de la marche nordique, de la danse, de la musicothérapie, de la relaxation, de la physiothérapie en groupe et individuelle, et des thérapies de groupe ;
- le second groupe recevait un traitement chirurgical : une chirurgie de la hanche et un traitement antalgique postopératoire.

Les auteurs réalisaient une évaluation de l'intensité de la douleur avant, après traitement et six mois après le début du traitement par le biais d'une échelle analogique de douleur. En post-traitement, les deux groupes montraient une réduction de l'intensité de traitement, indifféremment du style d'attachement. Cependant, à six mois post-traitement, l'intensité de la douleur continue de diminuer pour les sujets présentant une faible anxiété d'attachement, alors que ceux présentant un attachement avec des niveaux d'anxiété élevés rapportaient une augmentation de l'intensité de la douleur.

Dans la seconde recherche [52], les auteurs cherchent à savoir si le fait de fournir une formation sur l'attachement aux cliniciens dans le cadre d'un programme interdisciplinaire sur la douleur peut influencer les niveaux de douleur par rapport à un traitement classique. Le premier groupe de participants recevait un traitement habituel, le deuxième

groupe recevait un traitement habituel où les cliniciens connaissaient le style d'attachement des participants et enfin le troisième groupe recevait un traitement habituel où les cliniciens formés à la théorie de l'attachement ne connaissaient pas leur style d'attachement.

Les sujets du groupe où les cliniciens ne connaissaient pas le style d'attachement des participants signalaient une réduction moyenne plus importante de l'intensité moyenne de la douleur entre les évaluations avant et après le traitement, par rapport aux autres groupes. Les sujets du groupe où les cliniciens connaissaient les styles d'attachement ont montré des alliances de travail significativement meilleures que ceux du groupe qui recevait un traitement classique. L'alliance de travail s'est avérée être un médiateur important entre l'effet de l'intervention et le résultat du traitement dans les groupes où les cliniciens étaient formés à la théorie de l'attachement. Ces résultats suggèrent que la formation du personnel à la théorie de l'attachement et à ses implications peut améliorer l'alliance de travail, et ainsi, contribuer à obtenir un meilleur soulagement de la douleur. Enfin, le lien entre l'alliance de travail et le niveau de douleur était modéré par l'attachement *insecure*. De fait, les sujets présentant des niveaux élevés d'attachement *insecure* rapportaient de moins bonnes alliances de travail que ceux ayant un attachement *secure*.

En conclusion de ces recherches, on peut dire qu'elles n'ont pas réussi à saisir la signification des relations entre les variables d'attachement et l'intensité ou le handicap douloureux [15,40,41]. Les résultats ne semblent pas toujours congruents à travers ces différentes recherches. Cependant, à la lecture de ces études, il reste assurément une dimension intrinsèque à la notion d'attachement qu'il convient de rappeler : l'enfant, qui deviendra adulte et conservera son style d'attachement de manière plus ou moins pérenne, préférera toujours exprimer sa douleur à une figure d'attachement, ou en tout cas à un donneur de soins qu'il connaît et dont la relation est établie.

Théories et modèles

Théorie de Kolb (1982) [53]

Il y a déjà 30 ans, Kolb [53] expliquait que la théorie de l'attachement offre une nouvelle compréhension qui peut permettre d'élargir les capacités de maintien d'effets thérapeutiques. Elle permet d'accepter les plaintes de la douleur chronique et fournit un support, notamment aux médecins généralistes pour soutenir les patients rejetés ou que l'on ne peut suivre en unité douleur et qui retournent dans leur milieu d'origine. L'auteur relie son expérience clinique à cette théorie en prenant l'exemple de patients dont la plainte augmente ainsi que le questionnement et qui peuvent se mettre en retrait quand ils se sentent menacés par une

proposition d'activation comportementale, une réduction de la médication dont ils sont devenus dépendants ou une modification de leur communication ou de leurs relations aux autres. Les plaintes douloureuses chez beaucoup d'adultes seraient une des expressions d'attachement, une tentative d'obtention de soins de la part de l'autre. L'auteur questionne certaines attitudes qui concernent la pratique clinique comme la réduction de la douleur dès l'engagement dans le processus de soins et d'autres attitudes relationnelles qui interrogent la qualité du lien entre médecin et patient (distance, absence, frustration, joie en tant que manifestations objectives ou subjectives, activant le système d'attachement du patient et conditionnant la prise en charge globale).

Théorie d'Anderson et Hines (1994) [54]

Ces auteurs présentent un modèle de la douleur fondé sur l'attachement, la théorie de l'attachement servant de cadre théorique pour la compréhension des douleurs psychogéniques, notamment pour des réactions disproportionnées en fonction de l'application d'un stimulus donné et connu. Ils suggèrent que l'histoire d'attachement du patient est au centre de la vulnérabilité à développer des douleurs chroniques ou une expérience douloureuse et que la douleur chronique représente une porte d'entrée, telle une tentative de traitement de traumatismes non résolus.

Théorie de Mikail et al. (1994) [19]

Au même moment, ces autres auteurs proposent d'utiliser la théorie de l'attachement pour comprendre le développement et l'adaptation à la douleur chronique. Selon eux, les variables intrapsychiques et environnementales sont des facteurs de vulnérabilité pour le développement de syndromes douloureux chroniques. Ils suggèrent que la théorie de l'attachement servirait à identifier des sous-groupes de patients douloureux chroniques ainsi que des traitements en considération. La théorie va jusqu'à expliquer certaines variables psychologiques en lien avec le style d'attachement : recherche de soutien, habileté à exprimer ses émotions, compliance, « shopping médical », centration sur les symptômes.

Théorie de la douleur sociale de MacDonald et Leary (2005) [36]

Le concept de douleur sociale fut suggéré en premier par Panksepp et ses collègues [55]. Ils fournirent des preuves que le système d'attachement social était formé à partir de systèmes de régulation plus primitifs que ceux impliqués dans l'attachement, la thermorégulation et la douleur physique [55]. Herman et Panksepp [56] ont suggéré spécifiquement qu'« *il est concevable que les circuits cérébraux liés à*

la détresse due à la séparation représentent une élaboration évolutionnaire d'un réseau douloureux basé sur l'endorphine »¹. Nelson et Panksepp [57] ajoutèrent que « *les composantes de la douleur offrent une contribution plus solide aux sous-composants qui activent la détresse émotionnelle durant l'absence sociale* »¹.

MacDonald et Leary [36] ont tenté d'élargir l'idée de Panksepp [55] avec pour but de relier plus solidement la douleur sociale à l'exclusion sociale perçue en considérant les implications de la douleur sociale envers les problèmes importants des troubles douloureux. Finalement, le rapprochement entre ces deux phénomènes n'est pas qu'une simple métaphore, comme le soulignent les auteurs.

L'équipe de Moles et al. [58] a étudié ce lien entre attachement et douleur au niveau neurobiologique. Les souriceaux montrent un attachement à la mère qui se traduit par des comportements rassurés en sa présence et par des manifestations anxieuses durant son absence. La deuxième manifestation n'a plus lieu quand l'animal est alors dépourvu de récepteurs morphiniques, la séparation ne provoquant plus qu'indifférence au lieu d'une détresse habituellement constatée. Les auteurs font le lien entre attachement et douleur par le biais des émotions, les souriceaux dépourvus de récepteurs μ ne font plus appel à leur mère dans un environnement nouveau même si celui-ci ne contient pas l'odeur de la mère. Le réseau cérébral en lien avec le ressenti douloureux aurait donc un rôle dans le vécu subjectif de séparation ou d'exclusion. Cette recherche a été soulignée comme la meilleure de son genre et fournissant une preuve forte du lien entre support maternel et le réseau de la douleur par Panksepp [55].

La dimension sociale de la douleur et de son expression n'est pas sans évoquer les travaux de Le Breton [59], selon lesquels la douleur est d'abord et avant tout porteuse d'un message, d'un symbole, adressé à un autre en capacité de le recevoir, et dont la mission va parfois être parfois de le traduire, de le réinterpréter à l'expéditeur qui en redeviendrait presque le destinataire. L'expression de la douleur sous-tend un travail de mise en sens qui ne peut être qu'exploré dans la relation avec l'autre, d'où sa dimension sociale inéluctable.

Modèle attachement-diathèse de la douleur chronique de Meredith et al. [42]

Ce modèle s'appuie sur les résultats de différentes recherches dans le domaine, il tente d'intégrer la diversité des différents facteurs psychosociaux afin de mieux guider l'exploration des liens entre ces différentes variables.

Ce modèle est résumé par une traduction de son schéma représentatif (Fig.1)

¹ Traduction de l'auteur.

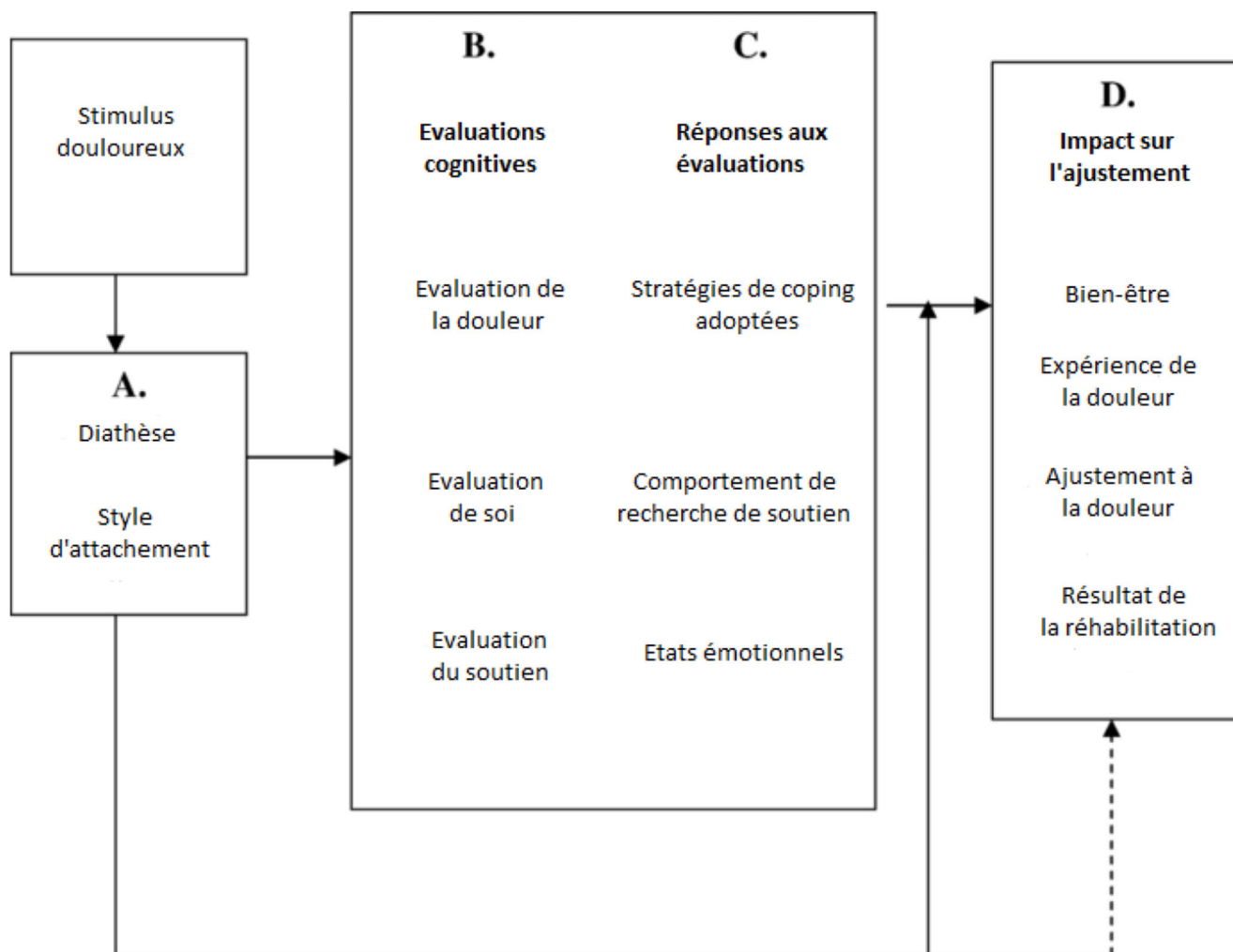


Fig. 1 Modèle attachement-diathèse de la douleur chronique de Meredith et al.

Discussion

Limites des études et directions futures

Certaines études américaines se sont penchées sur l'évaluation de l'attachement dans les couples, ce qui pose certaines questions théoriques notamment si la vision de l'attachement est une vision stable à travers le temps et uniquement déterminée par les relations envers les parents durant la petite enfance. Dans ce cas, l'évaluation de l'attachement au conjoint ne devrait être qu'une copie de l'attachement à une figure parentale et ne serait pas évolutive.

Porter et al. [60] ont réfléchi aux avancées dans ce champ de recherche et établissent des critiques :

- les preuves d'une association directe entre attachement et intensité douloureuse sont hétérogènes et des recherches devront à l'avenir inclure des médiateurs comme l'évaluation de la douleur et les stratégies de coping liée

à la douleur. Selon eux, plusieurs recherches ont porté une attention aux facteurs psychologiques au détriment d'une attention envers l'utilisation du système de santé ou d'autogestion du patient ;

- les études futures devraient s'intéresser à l'importance du style d'attachement aussi bien des patients que des personnes significatives pour lui comme les aidants ;
- ils suggèrent d'investiguer le lien entre l'attachement anxieux et évaluations désadaptées et/ou réactions à la douleur comme prédisposant certaines personnes à développement des douleurs chroniques ;
- finalement, des études longitudinales et prospectives avec des échantillons plus grands et incluant des évaluations multiples comme le *coping*, la compliance aux traitements et les interactions avec les aidants familiaux et les pourvoyeurs de soins seraient utiles pour mieux comprendre comment l'attachement peut influencer l'expérience douloureuse. Il est relevé la difficulté de comparer les mesures d'attachement qui sont fondées sur des questionnaires

différents, les auteurs conseillent l'utilisation d'outils bien validés comme l'Experiences in Close Relationships Questionnaire [61].

Impact de l'entourage sur l'attachement

Williamson et al. [62] ont évalué 59 enfants en pédiatrie ainsi que leur aidant maternel, l'enfant évaluait sa douleur et la mère son niveau de dépression, deux mesures qui prédisaient la dépression de l'enfant. Les résultats montrent que l'association entre dépression et douleur chez l'enfant améliore les stratégies de *coping* de la mère et comment la mère fait face aux événements en fonction de son attachement en lien avec les représentations d'elle-même et des autres. Les mères avec un modèle de soi négatif étaient plus déprimées et avec un modèle de représentations des autres négatif, utilisaient plus facilement des stratégies de *coping* d'évitement, ce qui les rendait plus déprimées. Mais il est important de noter que ni le style d'attachement de l'aidant (le plus souvent la mère) ni celui de l'enfant n'étaient reliés à la douleur. Ce dernier point pose question, car d'autres équipes obtiennent ce genre de résultats, notamment Rumble et al. [63], qui ont étudié les styles d'attachement de patients atteints d'un cancer du poumon et de leurs conjoints. Les résultats montrent qu'il n'y a pas d'association significative entre le style d'attachement du patient ou du conjoint et l'intensité douloureuse. En outre, ils ont découvert que les patients avec un attachement anxieux ou évitant souffraient d'une dépression plus importante et avaient un fonctionnement social bas, l'attachement anxieux était associé à de hauts niveaux d'anxiété. Vervoort et al. [64] retrouvent des liens entre le catastrophisme et les réponses parentales envers la douleur et un effet modérateur de l'attachement d'enfants.

L'article de Goubert et al [65] s'appuie sur la perception de la douleur en fonction de la théorie de l'apprentissage par observation ou apprentissage social. Il relève notamment l'importance des schémas comme le style d'attachement [14] qui a un rôle modulateur de l'attention [66] participant à l'apprentissage de la douleur à travers l'observation des autres.

Éléments de réflexion sur la relation praticien-patient

Pour Kolb [53], développer une relation de confiance et sécurisante entre le médecin et son patient douloureux semble essentiel pour soulager la détresse. Les expériences de détresse et d'impuissance à mesure que le temps passe en lien avec la maladie ou la douleur accroît les réponses d'attachement [67]. Un attachement *secure* entre médecin et patient pourrait selon Kolb [53] éliminer l'anxiété de séparation en favorisant l'espoir que les besoins de sécurité seront comblés.

Il ne semble pas exister de questionnaires mesurant l'attachement envers le médecin du point de vue du patient, mais d'autres concepts annexes peuvent servir d'éclairage à la relation comme celui d'alliance thérapeutique notamment à travers la notion de lien affectif, parfois nommé transfert par certains cliniciens, mais dans une dimension plus psychanalytique.

On peut définir le concept d'alliance thérapeutique comme un accord commun, plus ou moins explicite entre deux protagonistes d'ordre intellectuel et affectif. Ce terme peut évoquer celui du lien, à cela près que dans le cadre du soin il s'agit plus d'un accord mutuel dans un cadre professionnel envers une prise en charge pour le recouvrement d'un mieux-être. Comme nous l'avons exposé [68], ce concept le plus souvent utilisé dans le champ de la psychothérapie commence à rencontrer l'intérêt des médecins somaticiens et espérons à l'avenir des médecins de la douleur, car il est un élément majeur, notamment dans le suivi des douleurs chroniques. En 1988, Bowlby [69] disait à ce propos que « *le thérapeute est une base de sécurité, quelqu'un de régulier et de cohérent, dont le soutien, la compréhension et la guidance occasionnelle aident le patient à explorer les relations affectives même si elles sont douloureuses et tristes* ». Le Goff et Ostermann [70] ont évoqué ces rapports entre douleur, parole, intra- et intersubjectivité dans la relation soignant-soigné.

Enfin, il semblerait particulièrement pertinent de recourir aux outils disponibles au psychologue et destinés à l'évaluation du type d'attachement chez les patients douloureux chroniques, tels que l'Adult Attachment Interview (AAI) développé par George et al. [71] ou le Camir, développé par Pierrehumbert et al. [72].

Conclusion

À partir du concept d'alliance thérapeutique, on peut élargir la réflexion en s'enrichissant des réflexions théorico-cliniques, principalement dans le champ psychanalytique, notamment à travers les concepts de relation d'objet (Freud, Klein), d'accordage affectif (Stern), cognitions sociales, *holding-handling-object presenting* (Winnicott), etc. La première voie d'utilisation du concept d'attachement [1–4,73] est l'identification du type d'attachement du patient (lequel serait relativement stable tout au long de sa vie [74]), mais aussi du praticien et les moments qui favorisent le rapprochement et ceux qui évoquent la séparation afin de mieux saisir ces mouvements interpersonnels qui peuvent guider le recouvrement d'un mieux-être dans un champ aussi poly-déterminé que celui de la douleur.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

- Bowlby J (1969) Attachment and Loss. Vol. 1, Attachment, Basic Books, New York
- Bowlby J (1973) Attachment and Loss. Vol. 2, Separation, Anxiety and anger, Basic Books, New York
- Bowlby J (1980) Attachment and Loss. Vol. 3, Loss, Sadness and depression, Basic Books, New York
- Ainsworth MD, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ
- Attale C, Consoli SM (2005) Intérêt du concept d'attachement en médecine somatique. *Presse Med* 34:42–8
- Taylor RE, Mann AH, White NJ, Goldberg DP (2000) Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychol Med* 30:931–41
- Bartholomew K (1990) Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *J Soc Pers Relatsh* 7:147–78
- Bartholomew K, Horowitz LM (1991) Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 61:226–44
- Bartholomew K (1997) Adult attachment processes: individual and couple perspectives. *Br J Med Psychol* 70:249–63
- Siegel DJ (1999) The developing mind: how relationships and the brain interact to shape who we are? The Guilford Press, New York
- Collins NL (1996) Working models of attachment: implications for explanation, emotion, and behavior. *J Pers Soc Psychol* 71:810–32
- Vannotti M, Gennard M (2003) La douleur : un point de rencontre entre le patient, sa famille et les services de soins. In: Allaz AF (ed). Aspects psychologiques de la douleur chronique. Institut UPSA de la douleur, Rueil-Malmaison, pp 91–105
- Wearden A, Perryman K, Ward V (2006) Adult attachment, reassurance seeking and hypochondriacal concerns in college students. *J Health Psychol* 11:877–86.
- McWilliams LA, Asmundson GJ (2007) The relationship of adult attachment dimensions to pain related fear, hypervigilance, and catastrophizing. *Pain* 127:27–34
- Meredith PJ, Strong J, Feeney JA (2006a) Adult attachment, anxiety and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain* 123:146–54
- Meredith PJ, Strong J, Feeney JA (2007) Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. *Eur J Pain* 11:164–70
- Andrews NE, Meredith PJ, Strong J (2011) Adult attachment and reports of pain in experimentally-induced pain. *Eur J Pain* 15:523–30
- Kozłowska K (2009) Attachment relationships shape pain-signaling behaviour. *J Pain* 10:1020–28
- Mikail SF, Henderson PR, Tasca GA (1994) An interpersonally-based model of chronic pain: an application of attachment theory. *Clin Psychol Rev* 14:1–16
- Andrews NE, Meredith PJ, Strong J, Donohue GF (2014) Adult attachment and approaches to activity engagement in chronic pain. *Pain Res Manag* 19:317–27
- Meredith PJ, Strong J, Feeney JA (2006b) The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain* 120:44–52
- Tremblay I, Sullivan MJL (2010) Attachment and pain outcomes in adolescents: the mediating role catastrophizing and anxiety. *J Pain* 11:160–71
- Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, et al (2001) Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain* 17:52–64
- Hazan C, Shaver P (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 52:511–24
- Eisenberger NI, Master SL, Inagaki TK, et al (2011) Attachment figures activate a safety signal-related neural region and reduce pain experience. *Proc Natl Acad Sci U S A* 108:11721–6
- Wilson CL, Ruben MA (2011) A pain in her arm: romantic attachment orientations and the tourniquet task. *Pers Relatsh* 18:242–65
- Carpenter EM, Kirkpatrick LA (1996) Attachment style and presence of a romantic partner as moderators of psychophysiological responses to a stressful laboratory situation. *Pers Relatsh* 3:351–67
- Ognibene TC, Collins NL (1998) Adult attachment styles, perceived social support and coping strategies. *J Soc Pers Relatsh* 15:323–45
- Simpson JA, Rholes WS, Nelligan JS (1992) Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: the role of attachment styles. *J Pers Soc Psychol* 62:434–46
- Diamond LM, Hicks AM (2005) Attachment style, current relationship security, and negative emotions: the mediating role of physiological regulation. *J Soc Pers Relatsh* 22:499–518
- Aronoff GM, Feldman JB (2000) Preventing disability from chronic pain — a review and reappraisal. *Int Rev Psychiatry* 12:157–69
- Epping-Jordan JE, Wahlgren DR, Silliams RA, et al (1998) Transition to chronic pain in men with low back pain: predictive relationships among pain intensity, disability, and depressive symptoms. *Health Psychol* 17:421–7
- Young CW (2003) Transition from acute to chronic pain: a biopsychosocial model of chronicity. Dissertation abstracts international section B sciences and engineering 63:4392
- Severeijns R, van den Hout MA, Vlaeyen YWS (2005) The causal status of pain catastrophizing: an experimental test with healthy participants. *Eur J Pain* 9:257–65
- Loving TJ, Le B, Crockett E (2009) Hurt in everyday life and physical health. In: Vangelisti A. (ed) Feeling hurt in close relationships. Cambridge University Press, London, pp 358–75
- MacDonald G, Leary MR (2005) Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychol Bull* 131:202–23
- Zadro L, Boland C, Richardson R (2006) How long does it last? The persistence of the effects of ostracism in the socially anxious. *J Exp Soc Psychol* 42:692–97
- McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW (2000) Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *Clin J Pain* 16:360–64
- Davies KA, Macfarlane GJ, McBeth J, et al (2009) Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. *Pain* 143:200–5
- Ciechanowski P, Sullivan M, Jensen M, et al (2003) The relationship of attachment style to depression, catastrophizing, and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain* 104:627–37
- Meredith PJ, Strong J, Feeney JA (2005) Evidence of a relationship between adult attachment variables and appraisals of chronic pain. *Pain Res Manag* 10:191–200
- Meredith P, Ownsworth T, Strong J (2008) A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: presenting a conceptual model. *Clin Psychol Rev* 28:407–29.
- Mikulincer M, Florian V (1998) The relationship between adult attachment style and emotional and cognitive reactions to stressful events. In: Simpson JA, Rholes WS (eds) Attachment theory and close relationships. Guilford Press, New York
- Mikulincer M, Shaver PR (2007) Attachment patterns in adulthood: structure, dynamics, and change. Guilford Press, New York

45. McWilliams LA, Bailey SJ (2010) Associations between adult attachment ratings and health conditions: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychol* 29:446–53
46. Feeney JA (1999) Adult romantic attachment and couple relationships. In: Cassidy J et Shaver PR (eds) *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. Guilford Press, New York, pp 335–77
47. MacDonald G, Kingsbury R (2006) Does physical pain augment anxious attachment? *J Soc Pers Relatsh* 23:291–304
48. MacDonald G (2008) Use of pain threshold reports to satisfy social needs. *Pain Res Manag* 13:309–19
49. Sambo CF, Howard M, Kopelman M, et al (2010) Knowing you care: effects of perceived empathy and attachment style on pain perception. *Pain* 151:687–93
50. Avagianou PA, Mouzas OD, Siomos KE, Zafiropoulou M (2010) The relationship of parental bonding to depression in patients with chronic pain. *Int J Disabil Hum Dev* 9:339–42
51. Pfeifer AC, Penedo JMG, Ehrental JC, et al (2018) Impact of attachment behavior on the treatment process of chronic pain patients. *J Pain Res* 11:2653–62
52. Pfeifer AC, Meredith P, Schröder-Pfeifer P, et al (2019) Effectiveness of an Attachment-Informed Working Alliance in interdisciplinary pain therapy. *J Clin Med* 8:364
53. Kolb LC (1982) Attachment behavior and pain complaints. *Psychosomatics* 23:413–25
54. Anderson DJ, Hines RH (1994) In: Grzesiak RC, Ciccone DS (eds) *Psychological vulnerability to chronic pain*. Springer Publishing Company, New York
55. Panksepp J (1998) *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press, London
56. Herman BH, Panksepp J (1978) Effects of morphine and naloxone on separation distress and approach attachment: evidence for opiate mediation of social affect. *Pharmacol Biochem Behav* 9:213–20
57. Nelson EE, Panksepp J (1998) Brain substrates of infant-mother attachment: contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine. *Neurosc Biobehav Rev* 22:437–52
58. Moles A, Kieffer BL, D'Amato FR (2004) Deficit in attachment behavior in mice lacking the μ -opioid receptor gene. *Sciences* 304:1983–6
59. Le Breton D (2006) *Anthropologie de la douleur*. Éditions Métailié
60. Porter LS, Davis D, Keefe FJ (2007) Attachment and pain: recent findings and future directions. *Pain* 128:195–8
61. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR (1998) Self-report measurement of adult romantic attachment: an integrative overview. In: Simpson JA et Rholes WS (eds) *Attachment theory and close relationships*. Guilford Press, New York, pp 46–76
62. Williamson GM, Walters AS, Shaffer DR (2002) Caregiver models of self and others, coping, and depression: predictors of depression children with chronic pain. *Health Psychol* 4:405–10
63. Rumble M, Keefe F, Porter L, et al (2006) Relationship of marital attachment style to symptoms, self-efficacy and psychological distress in patients with lung cancer and their spouses. Poster presented at the annual meeting of the American Pain Society, San Antonio, TX; May
64. Vervoot T, Goubert L, Crombez G (2010) Parental responses to pain in high catastrophizing in children: the moderating effect of child attachment. *J Pain* 11:755–63
65. Goubert L, Vlaeyen JWS, Crombez G, Craig KD (2011) Learning about pain from others: an observational learning account. *J Pain* 12:167–74
66. Dewitte M, De Houwer J (2008) Adult attachment and attention to positive and negative emotional face expressions. *J Res Pers* 42:498–505
67. Thompson D., Ciechanowski PS (2003) Attaching a new understanding to the patient–physician relationship in family practice. *J Am Board Fam Pract* 16:219–26
68. Bioy A, Bachelart M (2010) L'alliance thérapeutique : historique, recherches, et perspectives cliniques. *Perspect Psy* 49:317–26
69. Bowlby J (1988) *A secure base: clinical applications of attachment theory*. Routledge, London
70. Le Goff I, Ostermann G (2011) Mots pour maux : de la parole qui blesse à la parole qui guérit. *Psychométrie* 29:54–7
71. George C, Kaplan N, Main M (1985) The adult attachment interview. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley
72. Pierrehumbert B, Karmaniola A, Sieye A, et al (1996) Les modèles de relations : développement d'un autoquestionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatr Infant* 1:161–206
73. Main M, Solomon J (1986) Discovery of a new, insecure-disorganised/disoriented attachment pattern. In: Brazelton TB, Yogman M (eds) *In support of families*. Ablex, Norwood, NJ
74. Miljkovitch R (2022) L'attachement tout au long de la vie. *Contraste* 55:33–52