

# Communication en Question

www.comenquestion.com

no 11, Novembre / Décembre 2018

ISSN : 2306 – 5184

---

## **Énurésie secondaire chez une jeune adulte de style d'attachement insécurisé craintif en situation de séparation parentale.**

*Secondary enuresy in a young adult style of attachment insecured fearing in situation parental separation*

---

116

**Sébastien YOUNGARE<sup>1</sup>**

Maître-Assistant

Département de Psychologie

Université Ouaga I. Pr Joseph KI-ZERBO, Burkina Faso

[youbare.sebastien1706@gmail.com](mailto:youbare.sebastien1706@gmail.com)

### **Résumé :**

---

<sup>1</sup> Sébastien YOUNGARE est enseignant-Chercheur de Psychologie Clinique et Psychopathologie au Département de Psychologie de l'Université Ouaga I. Pr Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso). Il est de l'approche psychodynamique post freudienne notamment de la théorie de l'attachement comme base de compréhension en psychopathologie. Ses interventions concernent la psychologie légale, la psychopathologie le long des âges, la psychologie de la santé, les psycho-traumatismes, la psychopathologie des addictions, la psychologie du délinquant. Il dirige un cabinet de psychologie pathologique et psycho traumatologie à Ouagadougou et est conseil d'institutions gouvernementales et d'ONG. Il travaille dans l'accompagnement à la vie religieuse des jeunes en situation de cheminement vocationnel.

## Énurésie secondaire chez une jeune adulte de style d'attachement insécurisé craintif en situation de séparation parentale.

Cette recherche illustre l'exemplarité d'une situation de cas individuel d'énurésie secondaire chez une jeune adulte de type d'attachement insécurisé craintif. Elle a utilisé l'observation et l'entretien clinique de recherche en psychologie, qui ont été complétés par un questionnaire de psychopathologie. Cette approche méthodologique s'est justifiée par le souci de l'étude approfondie de cas, objet principal de la psychologie clinique et psychopathologie. Les résultats cliniques sont construits par une analyse de contenu sémantique et structurale du récit biographique du sujet, du motif et l'histoire de la consultation. Il ressort que l'énurésie secondaire rencontrée dans cette étude s'explique par la réaction aux événements de vie en lien avec la nature du type d'attachement craintif. Il nous a été revenu de noter que la période du jeune adulte a été un facteur déclencheur d'anxiété et de préoccupation identitaire face à l'énurésie. L'absence d'un père est à la base de carence et d'avidité affective. La présence des deux figures parentales serait avantageuse et enfin l'intimité sur le primat génital est cruciale pour l'équilibre psychique et l'adaptation socioaffective. Dans ce travail, la personne de style d'attachement insécurisé craintif s'angoisse aux épreuves de séparation et de perte de lien d'avec ses parents notamment d'avec le père.

**Mots clés :** Enurésie secondaire, Jeune adulte, Style d'attachement, Insécurisé, Craintif, Séparation parentale.

117

### **Abstract :**

This research illustrates the exemplary situation of an individual case of secondary enuresis in a young adult type of fearful insecure attachment. She used observation and clinical research in psychology, which was supplemented by a psychopathology questionnaire. This methodological approach was justified by the concern for in-depth case study, the main object of clinical psychology and psychopathology. The clinical results are constructed by a semantic and structural content analysis of the biographical narrative of the subject, the motif and the history of the consultation. It appears that the secondary enuresis encountered in this study is explained by the reaction to life events related to the nature of the type of fearful attachment. It has come back to us to note that the period of the young adult was a triggering factor of anxiety and of identity concern with the enuresis. The absence of a father is at the base of deficiency and affective greed. The presence of both parental figures would be advantageous and finally intimacy on the genital primate is crucial for psychic balance and socioaffective adaptation. In this work, the insecure, fearful attachment style person gets anxious about the separation and loss of connection with his parents, especially with the father.

**Keywords:** Secondary Enuresis, Young Adult, Attachment Style, Insecure, Fearful, Parental separation.

## Problématique

Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV, 1996) classe les difficultés chroniques d'élimination urinaire et fécale sous la rubrique générale des troubles du contrôle sphinctérien. L'énurésie est le passage répété d'urine dans un endroit inapproprié, à un âge auquel on s'attend à ce que l'enfant soit continent et sache disposer de ses déchets comme le font la majorité des enfants du même âge. Le plus souvent, les mictions d'urine sont involontaires, mais elles peuvent parfois être délibérées. Pour justifier un diagnostic d'énurésie, les mictions doivent survenir au moins deux fois par semaine pendant au moins trois mois ou causer une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel, ou dans d'autres domaines importants. Le sujet doit avoir atteint un âge auquel la continence est supposée acquise, un âge chronologique d'au moins 5 ans, ou, pour les enfants ayant un retard du développement, un âge mental d'au moins 5 ans.

118

L'incontinence urinaire n'est pas exclusivement liée aux effets physiologiques directs d'une substance (diurétiques) ni à une affection médicale générale (diabète, spina bifida, épilepsie). Les conditions de survenue de l'énurésie permettent de distinguer les sous-types suivants tant dans le CIM 10 qu'au DSM IV :

- nous avons d'abord l'énurésie exclusivement nocturne. C'est le sous-type le plus fréquent, qui se définit par des mictions survenant uniquement pendant le sommeil nocturne. Typiquement, cette énurésie survient pendant le premier tiers de la nuit.
- Ensuite l'énurésie exclusivement diurne, qui se définit par des mictions survenant pendant les heures de veille. L'énurésie diurne est plus fréquente chez les filles que chez les garçons, et rare après l'âge de 9 ans. Les sujets atteints d'énurésie diurne peuvent être

## Énurésie secondaire chez une jeune adulte de style d'attachement insécurisé craintif en situation de séparation parentale.

répartis en deux groupes. Un groupe d'incontinence impérieuse, dont l'énurésie est caractérisée par des crises impérieuses soudaines et une instabilité du détrusor à la cystométrie. L'autre groupe, caractérisé par une *vidange différée*, reporte consciemment l'envie d'uriner jusqu'à ce qu'il en résulte une incontinence, la rétention étant parfois liée à une réticence à aller aux toilettes du fait d'une anxiété sociale ou de l'absorption dans les activités scolaires ou ludiques. Ce dernier groupe présente une fréquence élevée de symptômes de comportement perturbateur.

- Enfin l'énurésie nocturne et diurne, qui se définit comme une combinaison des deux sous-types précédents.

119

Au regard du phénomène d'incontinence urinaire, nous considérons que l'importance de la perturbation liée à l'énurésie est fonction de la limitation des activités sociales de l'enfant qu'elle entraîne (impossibilité de participer à un séjour impliquant de dormir hors de chez lui) ou des effets du comportement sur l'estime de soi de l'enfant, ou encore du degré d'ostracisme social manifesté par ses camarades, et des réactions de colère, des punitions et du rejet venant de ceux qui s'occupent de lui. Bien que la plupart des enfants atteints d'énurésie n'aient pas de trouble mental coexistant, la prévalence de symptômes comportementaux concomitants est plus élevée chez les enfants atteints d'énurésie que chez les enfants sans énurésie. Des retards de développement impliquant la parole, le langage, les apprentissages et les habiletés motrices existent aussi chez une partie des enfants atteints d'énurésie.

De nombreux facteurs prédisposant ont été avancés comme un apprentissage de la propreté tardif ou négligé, des stress psychosociaux, des retards de développement des rythmes circadiens normaux, de production urinaire aboutissant à une polyurie nocturne ou à des anomalies de la sensibilité des récepteurs centraux de la vasopressine et à une réduction des capacités

fonctionnelles de la vessie avec une vessie hyper-réactive ou syndrome de la vessie instable (Schmit et Soule, 2004). Il existe deux types évolutifs d'énurésie : un type « primaire », dans lequel le sujet n'a jamais acquis la continence urinaire, et un type « secondaire », dans lequel la perturbation apparaît après une période de continence urinaire acquise. Par définition, l'énurésie primaire commence à l'âge de 5 ans. Le plus souvent, l'énurésie secondaire s'installe entre 5 et 8 ans, mais elle peut survenir à n'importe quel moment. Après l'âge de 5 ans, le taux de rémissions spontanées est compris entre 5 % et 10 % par an. La plupart des enfants ayant le trouble deviennent continents à l'adolescence, mais le trouble persiste à l'âge adulte dans environ 1 % des cas (Schmit et Soule, 2004). Dans la classification internationale des maladies (CIM-10), le trouble est dénommé énurésie non organique. Les critères diagnostiques pour la recherche de la CIM-10 établissent un seuil de fréquence différent : au moins deux fois par mois chez les enfants de moins de 7 ans, et au moins une fois par mois chez les enfants de 7 ans et au-delà. De plus, la CIM-10 comprend un critère d'exclusion très strict qui élimine le diagnostic d'énurésie si tout autre trouble mental est présent.

Plusieurs facteurs ont été évoqués pour expliquer l'étiologie des troubles du contrôle sphinctérien. Au niveau des facteurs biologiques, Bakwin (1971; 1973) rapporte que les jumeaux monozygotes ont un taux de concordance du trouble près de deux fois plus élevé que les jumeaux dizygotes (68% contre 36%) et que l'énurésie a tendance à se retrouver parmi les membres d'une même famille. Selon lui, les enfants dont les deux parents ont été énurétiques ont une probabilité plus élevée d'être eux même atteints du trouble que les enfants dont un seul parent a été énurétique qui, à leur tour, ont une probabilité plus élevée d'être atteints que les enfants dont les parents n'ont jamais été énurétiques (77 contre 44% et 15%). Finley (1971) fait intervenir les processus neurobiologique et neuropsychologique pour expliquer le cas de l'énurésie nocturne, en évoquant des perturbations des processus d'éveil et de sommeil. En plus de ces facteurs s'ajoutent les facteurs psychologiques et familiaux.

Dans la perspective psychanalytique, Soulé (1995) présente les troubles du contrôle sphinctérien comme l'expression manifeste d'angoisse et de conflits de nature sexuelle entre l'enfant et ses parents, le plus souvent avec la mère. Bemporad et al (1971) ; Hoag et al (1971) se sont penchés sur la nature des relations familiales dans les familles d'enfants énurétiques et encoprétiques. Ils identifient un niveau élevé de difficultés relationnelles, comme les conflits conjugaux ou familiaux dans ces familles, ou la présence de caractéristiques psychopathologiques chez les parents de ces enfants. Mais ces travaux ont fait l'objet de nombreux critiques par manque de données scientifiques solides. Chraïbi et al. (2008) émettent l'hypothèse que la séparation du couple parentale met l'enfant face à la question de la sexualité de ses parents. La représentation de ses origines vacille, à savoir celle de l'union de son père et sa mère. Il peut arriver à la mère d'établir alors avec son enfant une relation de grande proximité à caractère incestueux, et au père une relation de substitut maternel.

121

---

L'enfant ne baigne plus que dans du « maternel », qu'il soit avec la mère ou son père, la fonction tierce disparaît. Alors, une nouvelle clinique apparaît chez l'enfant, clinique de l'instable et de l'agir, clinique de l'inattention, clinique des troubles cognitifs, clinique de l'insécurité, clinique de l'éphémère. Ainsi, pour Aabbassi et al. (2016), la séparation parentale est une expérience à risque traumatique pour l'enfant quel que soit son âge. Pour surmonter cette épreuve, l'enfant met en place des mécanismes adaptatifs soit fonctionnels, lui permettant de poursuivre harmonieusement son développement ; soit au contraire, non fonctionnels donnant lieu à l'apparition de symptômes relevant des registres affectif, familial, relationnel et scolaire.

Ces deux travaux, Chraïbi et al (2008), Aabbassi et al (2016), évoquent la problématique de la séparation parentale. Mais, ils ne mettent pas en lien cette problématique avec l'étiologie de l'énurésie. En effet, les parents apprennent à leurs enfants comment contrôler ses fonctions biologiques d'élimination pour

atteindre l'autonomie. Mais, il arrive que, parfois, l'apprentissage de la propreté conduise à des difficultés majeures qui peuvent persister jusqu'à l'âge adulte. Dans le cas de l'énurésie, si l'apprentissage de la propreté échoue chez l'enfant et persiste à l'âge adulte, cela devient sources de préoccupations pour les parents. Ces préoccupations des parents modifient la qualité de l'attachement de l'enfant en fonction des réponses (favorable ou non) de ceux-ci dans la prise en charge de ses besoins. Le concept de l'attachement est central dans le développement social et affectif tant chez l'enfant que chez l'adulte. L'attachement renvoie au premier lien déterminant le bien être psychologique de tout être humain.

L'attachement parent-enfant se définit comme un lien affectif entretenu par l'enfant à l'égard de son parent, dans la mesure où ce dernier prend soin de lui et est considéré par l'enfant comme une personne significative pouvant le protéger en cas de danger. Les qualités de l'attachement parent-enfant déterminent la dynamique motivationnelle dans les relations à soi et aux autres. Pierrehumbert (2003) rapporte les travaux d'Ainsworth et de Main qui décrivent quatre (4) types d'attachement à partir de l'observation des réactions à la séparation :

- un attachement insécurisé-évitant où l'enfant ne semble pas être affecté ni par le départ du parent, ni par son retour ;
- un attachement sécurisé : l'enfant fait une protestation au départ du parent et montre un soulagement à son retour avec recherche de proximité et retour à l'activité ;
- un attachement insécurisé-résistant ou ambivalent dans lequel l'enfant présente une anxiété à la séparation et un comportement à la fois de rapprochement et de rejet au retour ; on observe toujours les mêmes proportions de l'attachement le long de la vie de l'enfance à l'âge adulte. On a une proportion d'« insécurisé-évitant » (22% dans la population enfant contre 27 % des adultes détachés)

## Énurésie secondaire chez une jeune adulte de style d'attachement insécurisé craintif en situation de séparation parentale.

caractérisée par l'indifférence et le désengagement émotionnel. Les personnes autonomes ou sécurisées qui ont un accès aisé à leurs émotions représentent 66% dans la population enfant contre 56% des adultes sécurisés. Les personnes préoccupées caractérisées par leurs attitudes confuses et des incohérences comprennent 17 % dans la population adulte contre 12% chez les enfants (Pierrehumbert, 2003).

- enfin, un quatrième type, l'attachement insécurisé désorganisé / désorienté chez l'enfant. Il rappelle l'attachement insécurisé craintif chez l'adulte. Ce type montre une incapacité à trouver une stratégie cohérente face à la figure d'attachement pour aider à réguler le stress. La désorganisation / désorientation est remarquée quand il y a eu dans la trajectoire développementale et le schéma d'expérience relationnel, de la maltraitance, de la négligence. Les mères adoptent des comportements effrayants pendant l'interaction. Ce type d'attachement est considéré comme trouble en soi et/ou un facteur de risque psychopathologique.

En somme, quand on parle de problème d'attachement, il désigne les types d'attachement anxieux (préoccupé/résistant, détaché/évitant et craintif/désorganisé). En effet, contrairement aux sujets d'avec un attachement sécurisé qui sont sociables, empathiques et ont une bonne estime de soi ; les types d'attachement anxieux adoptent un retrait social, des plaintes somatiques, des comportements oppositionnels et agressifs. Ils sont à risque de difficultés psychosociales d'avec des issues psychopathologiques tels les troubles de sommeil, qui perturbent notre qualité de vie.

Les relations d'attachement sont très importantes dans l'apprentissage social de l'enfant surtout celui de la propreté. Dans les travaux précédents, il ressort que la rupture de lien en termes de séparation des parents, les divorces, les



conflits et les angoisses dans les contextes relationnels et familiaux sont des facteurs étiopathologiques élucidant l'énurésie secondaire. Il est reconnu que les modalités des relations qui mettent à distance l'enfant et ses parents, les parents entre eux en tant que donneurs de soins sont des contextes de vulnérabilités psychiques et menaçant l'autonomie de l'enfant et plus tard du jeune adulte et de l'adulte. En effet si l'attachement envers les figures d'attachement (*caregiver*), est sécurisant, il semble favoriser l'apprentissage social de l'enfant et encourager l'exploration du milieu.

De ce qui précède, nous nous interrogeons sur le rôle que jouent la séparation parentale et l'insécurité de l'attachement dans l'étiologie de l'énurésie. Autrement dit, la séparation parentale est-elle un facteur susceptible d'expliquer une énurésie secondaire et quel est le style d'attachement associé ? Quelles sont les modalités relationnelles (rupture parentale, angoisse de séparation et une carence affective parentale) favorisant l'énurésie secondaire ? La difficulté de régulation émotionnelle est-elle un facteur prédisposant à développer une énurésie secondaire ? Le présent travail apporte des éléments de réponses à ces questions.

Pour Schmidt et Soulé (2004), la compréhension de l'énurésie infantile ne se connaît que dans une perspective développementale. L'organisation du contrôle mictionnel constitue une étape importante de la psychogénèse. Pour eux, cette organisation n'est pas une acquisition automatique, mais résulte de l'intrication de plusieurs facteurs pouvant être impliqués dans l'étiopathogénie (évolution maturative s'inscrivant au niveau de la base somatique des fonctions) des investissements psychoaffectifs de ces fonctions, source de jouissance et de maîtrise mais aussi d'angoisses, de conflits et de défenses. Aubert et al (2009) se sont intéressés aux causes de l'Énurésie Nocturne Primaire Isolée (ENPI). Ils définissent l'ENPI comme une incontinence intermittente, pendant le sommeil, après l'âge de cinq ans, sans période

## Énurésie secondaire chez une jeune adulte de style d'attachement insécurisé craintif en situation de séparation parentale.

continue de continence supérieure à six mois, sans aucun autre symptôme associé, en particulier diurne.

Les résultats de leur recherche montrent que l'ENPI n'est pas d'origine psychologique. L'ENPI est une entité pathologique qui répond à une définition stricte. Son diagnostic est purement clinique par exclusion de tous les autres troubles mictionnels, en particuliers diurnes. Ils établissent deux formes différentes de l'ENPI en fonction de sa cause dominante à savoir : la polyurie nocturne et la petite capacité vésicale. Les troubles associés doivent être recherchés : ronflements et apnées de sommeil, seuil d'éveil insuffisant, trouble de l'attention et l'hyperactivité, perte d'estime de soi. Ces chercheurs proposent une prise en charge comportant une base commune (information, évaluation de la motivation...), un traitement spécifique de la cause dominante (desmopressine pour la forme polyurique, conditionnement par alarme pour la forme petite capacité vésicale). Mayer et al (2014) suite à leur recherche, montrent que les Interventions de types Comportementales Simples (ICS) (restriction hydrique, lever, réveil, récompenses, exercices de rétention) sont bénéfiques dans le traitement de l'énurésie nocturne, par rapport à l'absence de prise en charge spécifique. Cette affection est associée à un taux de guérison spontanée important. Aussi pour ces auteurs, les ICS sont souvent très suffisantes, et présentent l'avantage de n'avoir aucun effet secondaire, contrairement aux interventions pharmacologiques.

125

Dans notre pays le Burkina Faso, il n'y a pas encore, à notre connaissance, d'étude sur l'énurésie associée à la séparation parentale chez une jeune adulte avec un style d'attachement insécurisé. Aussi sommes-nous fondés à émettre l'objectif général que la séparation parentale et l'insécurité de l'attachement jouent un rôle dans l'étiologie de l'énurésie. En termes d'objectifs spécifiques, nous nous proposons de montrer que la séparation parentale est un facteur susceptible de déclencher une énurésie secondaire chez une jeune adulte avec un attachement insécurisé craintif. Plus précisément, certaines modalités

relationnelles comme la rupture parentale, l'anxiété de séparation et une carence affective parentale peuvent favoriser l'apparition de l'énurésie secondaire chez un jeune adulte avec un attachement insécurisé craintif. De même, la difficulté de régulation émotionnelle est un facteur prédisposant à développer une énurésie secondaire chez le jeune adulte de style d'attachement insécurisé craintif.

## **Méthodologie**

Pour atteindre ces objectifs, nous entendons effectuer des opérations articulées autour des enseignements recherchés. Ces opérations constituent les principales étapes de la méthodologie mise en œuvre pour le recueil d'informations. La démarche méthodologique employée dans cette étude concerne la présentation du cas examiné, du matériel utilisé, de la méthode d'analyse des données mise en œuvre.

### **1. Cas X...**

Le sujet à l'étude dans ce travail émane d'une consultation clinique que nous avons effectuée dans un cabinet de psychopathologie. Cet organisme a pour spécialité la pratique de la psychothérapie individuelle, collective et institutionnelle. L'approche utilisée ici est donc clinique. Elle est centrée sur un seul sujet représentatif du cas clinique examiné. Ce sujet reflète, en effet, les diverses caractéristiques de toutes les personnes de son âge présentant le problème clinique abordé en consultation. Ses réactions énurétiques en font un modèle clinique de ce que nous cherchons à étudier. Le sujet X... vient en consultation pour un épisode d'énurésie. Plus précisément, il s'agit d'une jeune adulte âgée de 20 ans. La consultation clinique avec X... est une expérience individuelle d'entretien et d'observation clinique « à mains nues ». Elle a porté

sur les réactions à la séparation et au vécu avec le trouble de contrôle sphinctérien (énurésie secondaire).

## **2. Matériel**

La technique utilisée pour le recueil d'informations sur le cas X est l'entretien clinique doublée de l'observation clinique. Le premier est destiné au repérage à la fois du fonctionnement symptomatique par l'identification des indices pathognomoniques. Il renseigne sur le fonctionnement intrapsychique et intersubjectif par les conduites observées dans l'investissement de la relation clinique en consultation thérapeutique. La deuxième épreuve complémentaire de l'entretien clinique, l'observation clinique, vise à enregistrer la posture et toutes les manifestations comportementales du sujet examiné. Elle permet d'obtenir des informations qui éclairent certaines données de l'entretien clinique par la technique de la confrontation d'idée. En ce sens, certaines réactions singulières du sujet ont pu révéler leur signification manifeste.

127

## **3. Méthode d'analyse**

Nous procédons à une présentation des résultats en termes d'observations cliniques ou vignettes cliniques des récits d'entretiens. Le cas illustré par cette recherche porte un anonymat. Le travail psychique est envisagé dès la consultation initiale à la fin des rencontres ou des séances d'entretien orientées par l'effet de la modalité relationnelle parentale dans l'étiologie de l'énurésie secondaire : attachement, angoisse de séparation, une carence affective parentale, une difficulté de régulation émotionnelle. Les résultats aux différents tests psychologiques figurent dans la description de l'observation clinique faite pendant les séances. Une analyse de contenu sémantique et structurale porte sur le corpus descriptif et les tests psychologiques faits par la jeune adulte. Cette analyse sémantique et structurale part exclusivement du contenu manifeste, en considérant ce qui est directement accessible, énoncé, parlé par le sujet. Elle

s'applique aux analyses de texte de récits et permet surtout de regrouper les informations par catégories.

Mais elle cherche à dépasser le contenu manifeste et à atteindre, par une analyse de second degré, un sens implicite non immédiatement donné à la lecture. Plusieurs pistes permettent de rester dans le contenu manifeste tout en allant plus loin que le sens immédiat, explicite. Il s'agit notamment de la recherche de la structure des significations, des analyses thématiques et sémantiques puis de l'analyse sémantique et conceptuelle. L'approche clinique en psychopathologie postule que chaque situation clinique est singulière et ne peut pas être envisagée pour la totalité des adultes énurétiques. Chaque cas est particulier.

### **Analyse des résultats**

L'analyse de contenu de l'entretien clinique réalisé aboutit à trois enseignements principaux. L'un concerne les caractéristiques et observations sur le cas étudié. Le second attrait aux enseignements cliniques qui se dégagent de l'étude de cas. Le troisième porte sur les implications psychothérapeutiques de l'étude.

#### **1.- Observation et description clinique du cas de Rose**

Rose est une étudiante en génie civile, âgée de vingt (20) ans. Elle souffre d'un trouble du contrôle sphinctérien à savoir l'énurésie. Sa demande de consultation clinique s'articule autour de deux problématiques. La première est relative à l'énurésie dont elle souffre. Elle l'avoue en ces termes : « moi, j'ai vingt (20) ans et je fais toujours pipi au lit. Ça me dérange. J'ai vingt (20) ans, je ne peux pas voyager. Cette maladie me traumatise, je ne peux pas être au milieu des gens ». La seconde concerne sa relation avec ses parents. En effet,

## Énurésie secondaire chez une jeune adulte de style d'attachement insécurisé craintif en situation de séparation parentale.

ses parents vivent séparément. Elle vit avec sa mère et elle a grandi avec sa grande mère maternelle. Son père ne s'implique pas dans son éducation.

Rose raconte que ses parents se sont rencontrés dans son village quand son père y a été affecté en tant qu'enseignant. Ses parents ne sont pas mariés. Son père l'a reconnue après sa naissance comme sa fille, mais il ne s'occupe pas d'elle. C'est sa mère qui fait tout pour elle. Elle exprime son ressenti à l'égard de cette situation en ces termes : « moi, je traduis ça comme un abandon, un rejet. Un rejet parce que même l'essentiel, il ne le fait pas. Même absent il peut aider maman. Je l'appelle, je lui demande mais il ne réagit pas, tout, j'ai coupé tout lien avec lui et je suis avec maman. J'essaie de chercher papa mais lui, il ne le fait pas. J'attends que mon papa m'aime comme mon papa, rien que l'affection paternelle. Te considérer comme son enfant. T'aimer telle que tu es ».

129

Elle dit que si jusqu'à vingt ans tu continues à faire pipi au lit, c'est comme si tu es un enfant. Pour elle s'est généralement à cinq ans qu'on fait pipi au lit. Elle ne faisait pas pipi au lit quand elle avait cinq et six (05 et 06) ans. Mais c'est à son cours moyen première année (CM1) et au cours moyen deuxième année (CM2), vers ses douze (12) et treize (13) ans, qu'elle a recommencé à faire pipi au lit jusqu'à ses vingt (20) ans. Au fil des entretiens, elle a fait trois dessins. D'abord, le psychologue lui a demandé de faire un dessin libre. Elle a commencé par dessiner un carré, ensuite elle fait une porte, une fenêtre, et enfin un toit en tôle. Elle commente ensuite son dessin en ces termes : « *j'ai dessiné une maison où on peut dormir. J'ai dessiné la maison parce que la maison protège. S'il y a la pluie, s'il y a un danger, on peut se cacher dormir. On peut tout te prendre sauf une maison, la maison est là. J'ai pensé qu'une maison, c'est ce qu'il y a de meilleur quoi. On peut tout faire dans une maison* ». Elle ajoute ceci : « *j'aimerais voir dans cette maison, une famille heureuse, où il y a la joie, tes parents, tes petits frères, tes grands frères. Se sentir épanouis.* ».

Par la suite après le dessin libre, nous lui avons demandée de faire un dessin de famille. Elle commente son dessin en ces termes : « un père, une mère et des enfants. Les enfants sont au milieu, les parents s’amusent avec les enfants causent avec leur enfant. Je choisis l’enfant parce que l’enfant reçoit beaucoup de son papa, de sa maman. Son papa est là, sa maman est là au moins les deux parents s’occupent de l’enfant et l’enfant est heureux ». Elle ajoute que si un enfant ne reçoit pas la protection de ses parents, il est exposé au danger et il est abandonné à lui-même. Cet enfant ne peut pas être content.

Elle explique que les parents sont les premiers amis pour leur enfant. Elle insiste sur ces mots : « ça fait mal de n’être pas être considérée, ça fait mal. Parce que souvent tu te poses des questions : pourquoi tu es venue au monde ? Naitre et être seule. Tu te dis souvent si tu n’étais pas née c’était mieux. Tu poses des questions. Ce qui peut amener un père ou un parent à délaisser un enfant. Si tu n’aimes pas tu délaisses. Tu peux délaissé aussi si tu es obligé. Mais si tu es obligé tu fais des efforts. Mais si tu ne fais pas des efforts, alors c’est que tu n’aimes pas ». Comme dernier dessin, elle a dessiné un homme. Elle commente ce dessin en ces mots : « c’est un homme heureux, jovial, il sourit (en ce moment elle sourit), je souris parce qu’il sourit avec moi. Sourire avec moi me donne de la joie. Je suis contente de le voir sourire et heureux ».

Par la suite, elle nous explique la structure actuelle de sa famille. Elle a vécu avec sa grande mère maternelle depuis toute petite. Après avoir obtenu son CEPE, elle a été envoyée à l’internat où elle a fréquenté de la 6<sup>ème</sup> à la terminale chez des religieuses. Après le Baccalauréat, elle est allée vivre avec sa mère. Elle dit avoir un demi-frère qui est étudiant. Elle nous raconte son enfance en ces termes : « j’étais heureuse d’être avec ma grande mère, surtout l’affection qu’elle avait pour moi. Elle s’est occupée de moi comme son enfant. J’ai reçu d’elle l’éducation, la protection. Elle a fait de moi ce que je suis ». Elle dit qu’elle a des amies filles comme garçons. Elle a aussi un copain. Elle évoque qu’elle a eu un copain dans le passé quand elle faisait la 3<sup>ème</sup>, mais ils se sont séparés.

Elle ajoute : « comme jusque-là je continue de faire pipi au lit, si ton copain le sait, c'est honteux. Je n'aime pas alors les relations avec les garçons. Et aussi comme j'étais avec les sœurs ». Elle affirme qu'elle évite les relations parce qu'elle a peur d'être délaissée. Sur le plan onirique, elle dit qu'elle fait souvent des cauchemars où elle est poursuivie. Mais elle dit qu'elle n'arrive pas à savoir quoi. Elle rêve d'elle-même en train de faire pipi au lit. Parfois elle rêve d'une personne décédée. Elle raconte rêver souvent que sa grande mère est décédée et ça l'effraie.

La manifestation de l'énurésie chez Rose est nocturne. En effet, elle dort la nuit et au réveil, elle se rend compte qu'elle a mouillé son lit. Elle dit qu'elle fait pipi avant de se coucher et elle ne boit pas d'eau les soirs avant d'aller au lit. Elle étudie souvent jusqu'à minuit et puis elle se couche de 1h du matin à 5h. À son réveil elle se rend compte qu'elle a pissé. Avant d'aller à l'internat, elle suivait un traitement médical prescrit par un médecin. Mais ce traitement n'a pas marché alors elle a eu recours à la médication traditionnelle. Dans le diagnostic des troubles à l'aide de la clinique armée, les résultats obtenus montrent la présence de la dépression, de l'anxiété, d'une somatisation ; une idée suicidaire ; un problème de sommeil, un trouble obsessionnel compulsif, une dissociation de la personnalité. À la fin de l'entretien, elle dit s'être bien sentie, écoutée, considérée et comprise.

## **2.- Analyse clinique**

Le début de l'énurésie remonterait à une angoisse de séparation d'avec la figure d'attachement qu'est la grand-mère. Elle devait quitter le domicile de celle-ci, après l'obtention du CEPE pour poursuivre ses études dans un internat. Face à cette angoisse de séparation, il s'en suit une réactivation de l'histoire de la relation parentale surtout paternelle qui est marquée de séparation, d'abandon, de rejet : « moi je traduis ça comme un abandon, un rejet... ». En ce sens que ce dernier n'accorde pas de réponse à l'appel de sa fille qui est en position de



demandeuse de soin chez un parent qui reste indifférent. Ce père qui est considéré par Rose comme cette personne qui doit lui apporter amour, protection et joie, est absent, ainsi la relation d'attachement au père révélant des situations désagréables non résolues reflète une insécurité des liens à la base. Cette relation de mauvaise qualité avec la figure paternelle active le comportement d'attachement de Rose d'où les demandes, les appels et les peurs.

Rose présente un comportement de signalisation ou d'appel de détresse par l'incontinence urinaire. L'énurésie exprime la menace de danger vécue face à l'absence du père. Ce trouble de contrôle sphinctérien montre l'issue psychopathologique du maintien de l'activation du système d'attachement. En effet, la régulation émotionnelle du point de vue de la théorie de l'attachement suppose que le sujet confronté à la menace ou à la mise à distance de la figure d'attachement puisse mettre en œuvre des comportements d'attachement pour recouvrer le réconfort en rétablissant la proximité et le sentiment de protection par la figure d'attachement recherchée. L'échec a mobilisé l'attention et le réconfort paternel est source de souffrance psychique chez Rose. L'énurésie en est l'expression psychopathologique.

En effet, les parents de Rose n'ont jamais été ensemble comme dans une famille classiquement figurée d'un père, d'une mère et d'un enfant. Rose a connu non la séparation mais des parents qui ont toujours vécu séparés. Elle est un enfant privé de liens d'attachement parental. Nous envisageons un risque de non attachement qui constitue un indicateur de type de trouble d'attachement. Dans le cas singulier de Rose, la figure d'attachement a été la grande mère maternelle, cependant la figure paternelle absente et indisponible constitue non une perte mais une figure manquante. La figure manquante, le père, est à la base d'une activation de comportements de proximité. C'est dans ce sens que Rose recherche son père, l'attend, et n'attend que son affection,

## Énurésie secondaire chez une jeune adulte de style d'attachement insécurisé craintif en situation de séparation parentale.

« rien que de l'affection paternelle, te considérer comme un enfant, t'aime tel que tu es » dirait-elle.

L'énurésie est échec de l'élaboration de la séparation parentale, et du manque de la figure désirée, le père. L'attente persistante non apaisée est insoutenable parce qu'elle est non soutenant, elle maintient en œuvre les comportements de signalisation, de détresse. La dimension pathologique de l'énurésie réside dans l'impossibilité d'activer le système exploratoire et le maintien de Rose dans l'activation du système d'attachement. Dans l'attente du réconfort paternel qui demeure insatisfaite, Rose construit la relation imaginaire d'avec les parents dans ses dessins libre et familial. L'objectif au plan intrapsychique et intersubjectif est d'halluciner la proximité, le sentiment de réconfort, la protection des parents notamment de la figure paternelle manquante. Ce passage des comportements d'attachement à leur représentation par l'imaginaire marque la lutte contre l'anxiété de l'abandon, de la menace et de l'exposition au danger. Ne pas être protégé c'est ne pas être considéré.

133

En effet, le manque et le sentiment de non protection paternelle sont déshumanisant. Bowlby (1978/2007) dans une nouvelle parution, résumait l'importance de la relation parentale et le rôle qu'elle joue dans la santé mentale. Il étudie la séparation et l'angoisse concomitante : la peur d'une séparation imminente ou imaginée, la peur induite par les menaces parentales de séparation et l'inversion de la relation parent-enfant. Démontrait-il que la peur est suscitée le plus souvent par des situations inoffensives en soi mais servent à signaler l'accroissement du risque de danger. L'absence d'union parentale, le manque de la figure paternelle imposent une douleur psychique et sociale importante. Cela est illustré par la difficulté par le recours au rêve comme moyen substitut de réalisation mais aussi d'évacuation de la détresse des liens manquant et non sécurisant. L'absence de protection des siens à l'âge précoce renforce l'angoisse, le rejet et l'abandon. Ce sont ces souffrances persistantes et intolérables qui expliqueraient l'épuisement des processus

d'attachement contre l'insécurité affective, au point que régresse au plan pulsionnel au travers de la modalité énéurétique.

En sommes, L'énéurésie est donc le résultat d'une angoisse de séparation d'avec les figures d'attachements et d'une carence affective chez une jeune adulte avec un style d'attachement insécurisé craintif et vivant dans une régression psychique. Ainsi, elle fait recours à l'insomnie qui est une gardienne contre l'insécurité affective et fait des cauchemars d'elle-même en train de faire pipi au lit, ou elle rêve d'une personne décédée et cela l'effraie. Cet attachement insécurisé craintif chez Rose affecte ses relations affectives par une généralisation de l'angoisse de séparation d'avec ses objets d'attachements, d'où l'évitement de toute relation amoureuse.

L'énéurésie traduit au plan comportement des expressions suffisamment pathologiques de la souffrance des liens affectifs chez Rose. C'est pourquoi, nous avons la présence d'une importante énumération d'entités psychopathologiques comme la dépression, l'anxiété, l'obsession et la compulsion, la somatisation et une dissociation de la personnalité. Les liens insécurisés sont des difficultés psychosociales qui maintiennent l'activation du système d'attachement entraînant l'épuisement du travail intégratif au plan psychique et enfin une installation d'issues psychopathologiques dans la situation de Rose qui est caractérisée par son style d'attachement insécurisé craintif.

Ainsi, Rose constitue l'exemplarité que l'être humain recherche, l'écoute, la considération, la compréhension d'un père jusque - là indisponible. Les facteurs perturbateurs de l'attachement remontent dans l'insécurité des liens avec les figures d'attachement traumatique, notamment une figure paternelle rejetant et abandonnant. Une instabilité des modèles de soins parentaux explique l'instabilité de l'humeur. Ainsi par l'énéurésie Rose exprime son angoisse à la séparation et à la carence affective.

### **3.- Implications psychothérapeutiques**

L'énurésie secondaire peut être envisagée comme une régression au stade de la dyade mère - enfant et comme une poussée à saliver en vue de signaler une détresse et de rechercher la proximité et le réconfort d'avec la figure manquant tel le père chez Rose. En revisitant l'histoire singulière de la personne, le psychologue offre au bénéficiaire une potentielle perspective pour élaborer des trajectoires et des expériences développementales non résolues. Nous envisageons divers aspects dans le travail thérapeutique : travail avec Rose, en tant que jeune adulte en prise avec son hésitation structurelle ; travail avec Rose et son père sur l'articulation de la demande affective et la sensibilité paternelle non activée malgré le maintien et l'épuisement de l'activation du système d'attachement de Rose elle-même.

### **Discussion des résultats**

Dans la perspective psychanalytique, Soulé (1995) présente les troubles du contrôle sphinctérien comme l'expression manifeste d'angoisse et de conflits de nature sexuelle entre l'enfant et ses parents. Nos résultats vont dans ce sens. Ils confirment les travaux de Hoag et al (1971) qui se sont penchés sur la nature des relations familiales dans les familles d'enfants énurétiques et encoprétiques. Ils identifient un niveau élevé de difficultés relationnelles, comme les conflits conjugaux ou familiaux dans ces familles, ou la présence de caractéristiques psychopathologiques chez les parents de ces enfants. Enfin nos travaux illustrent comme ceux d'Aabbassi et al. (2016) que la séparation parentale est une expérience à risque traumatique pour l'enfant quel que soit son âge. Pour surmonter cette épreuve, l'enfant met en place des mécanismes adaptatifs soit fonctionnels, lui permettant de poursuivre harmonieusement son développement ; soit au contraire, non fonctionnels donnant lieu à l'apparition de symptômes relevant des registres affectif, familial, relationnel et scolaire.

C'est le cas de Rose qui se caractérise par le processus d'attachement non fonctionnel à la base de l'énurésie.

## Conclusion

L'objectif général de cette recherche a été d'illustrer que la séparation parentale et l'insécurité de l'attachement jouent un rôle dans l'étiologie de l'énurésie. En termes d'objectifs spécifiques, nous nous proposons de montrer que la séparation parentale est un facteur susceptible de déclencher une énurésie secondaire chez une jeune adulte avec un attachement insécurisé craintif. La réaction aux événements de vie est un contexte potentiel d'activation des systèmes d'attachement et d'exploration des liens à soi et aux autres. Ces systèmes garantissent l'homéostasie du fonctionnement psychique et l'articulation harmonieuse avec le somatique qui est une enveloppe externe. L'énurésie nocturne, notamment secondaire peut s'expliquer par la réaction aux événements de vie en lien avec la nature du type d'attachement de la personne. Dans ce travail, la personne de style d'attachement insécurisé craintif s'angoisse aux épreuves de séparation et de perte.

## Bibliographie

Aabbassi, B., Asri, F., Nicolis, H., (2016). Psychopathologie développementale et familiale de la séparation parentale. *Enfances & psy*, 71, (3), 151-16.

Aubert, D., Berard, E., Blanc, J-P., Lenoir, G., Liard, F., Lottmann, H. (2009). *Énurésie nocturne primaire isolée : diagnostic et prise en charge. Recommandations par consensus formalisé d'experts* Repéré à <https://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2010/v20i5/S1166708709005041/main.pdf>

Bakwin, H. (1971). Enuresis in twins. *American Journal of Diseases of Children*, 121, 222-225.

Énurésie secondaire chez une jeune adulte de style d'attachement  
insécurisé craintif en situation de séparation parentale.

Bakwin, H. (1973). The genetics of enuresis. In. I. Kolvin, R. C. Mac Keith; S. R. Meadow (Eds.). *Bladder control and enuresis* (p.73-77). London, England: Heinemann.

Bemporad, J. R., Pfeifer, C. M., Gibs, L., Corter, R. H., Bloom, W. (1971). Characteristics of encopretic patients and their families. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10, 272-292.

Bowlby, J. (2007). *Attachement et perte 2 : la séparation, angoisse et colère* (Vol. 2). Paris, France : PUF (Coll. Le Fil Rouge).

Finley, W. (1971), An EEG study of the sleep of enuretics at three age levels. *Clinical Electroencephalography*, 2, 35-39.

Hoag, J.M., Noriss, N.G., Himeno, E.T. (1971). The encopretic child and his family. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10, 242-256.

Mayer, M., Crachat, F., Flatz A., Peytreman-Bridevaux, I. (2014). Énurésie nocturne : quel traitement efficace non pharmacologique recommander ?. *Revue médicale suisse*, 10, 201-201 Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-414/Enuresie-nocturne-quel-traitement-efficace-non-pharmacologique-recommander>.

137

Pierrehumbert, B. (2003). *Le premier lien. Théorie de l'attachement*. Paris, France : Odile Jacob.

Schmit, G., Soule, M. (2004). L'énurésie infantile. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2, 1751-1770.

Soule, M., Lauzanne, K., Colin, B. (1995). Les troubles de la défécation : encoprésie, mégacôlon fonctionnel de l'enfant. Dans. S. Lebovici, R. Diatkine, et M. Soulé (Eds). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2, 1171-1781.

Chraïbi, S., Barrere, J., Lasmolles, R., Perrot, C. (2008). Séparation parentale, recomposition familiale : répercussions dans la clinique de l'enfant. *Cahiers de psychologie clinique*, 31, (2), 69-88.