



A-T-L-A-S

Attachement - **T**rauma - **L**ien - **A**daptation - **S**ystèmes

FICHE PÉDAGOGIQUE PREMIUM

EVALAUTION DE L'ATTACHEMENT CHEZ L'ADULTE – COMPARATIF DES DEUX METHODES D'AAI – Modèle Berkeley vs AAI – Modèle DMM

Introduction

Cette fiche a pour objet de présenter les enjeux méthodologiques dans les études sur l'attachement chez l'adulte et clinique selon le modèle théorique utilisé (ABC+D ou DMM) dans la cotation des entretiens d'attachement de l'adulte.

Pourquoi connaître les différence méthodologique entre la cotation Berkeley de l'AAI et celle du DMM ?

L'Adult Attachment Interview (AAI) est considéré comme le gold standard de l'évaluation de l'attachement adulte, cependant, deux systèmes de codage distincts coexistent :

- **Le système Berkeley** (Main, Goldwyn, Hesse)
- **Le système DMM** (Crittenden & Landini)

Ces deux systèmes utilisent le même entretien, analysent les mêmes transcriptions, mais reposent sur des hypothèses théoriques différentes, et en conséquence, produisent des classifications différentes, des résultats de recherche différents. Au-delà de la question de validité scientifique, se cache en fait une véritable divergence épistémologique (étude des fondements de la science) .

Le tableau ci-dessous résume les différences conceptuelles entre les deux systèmes

	AAI – Berkeley	AAI – DMM
Concept central	État d'esprit vis-à-vis de l'attachement	Stratégie auto-protectrice face au danger
Axe d'analyse	Cohérence narrative	Traitement de l'information sous menace
Modèle du développement	Organisation représentationnelle	Modèle maturationnel et adaptatif
Vision du danger	Implicite	Centrale

La méthode Berkeley évalue donc la **cohérence du récit** alors que la méthode DMM évalue l'**organisation adaptative du sujet face au danger sous l'angle du traitement de l'information**, revenant en cela à l'essence du postulat de Bowlby.

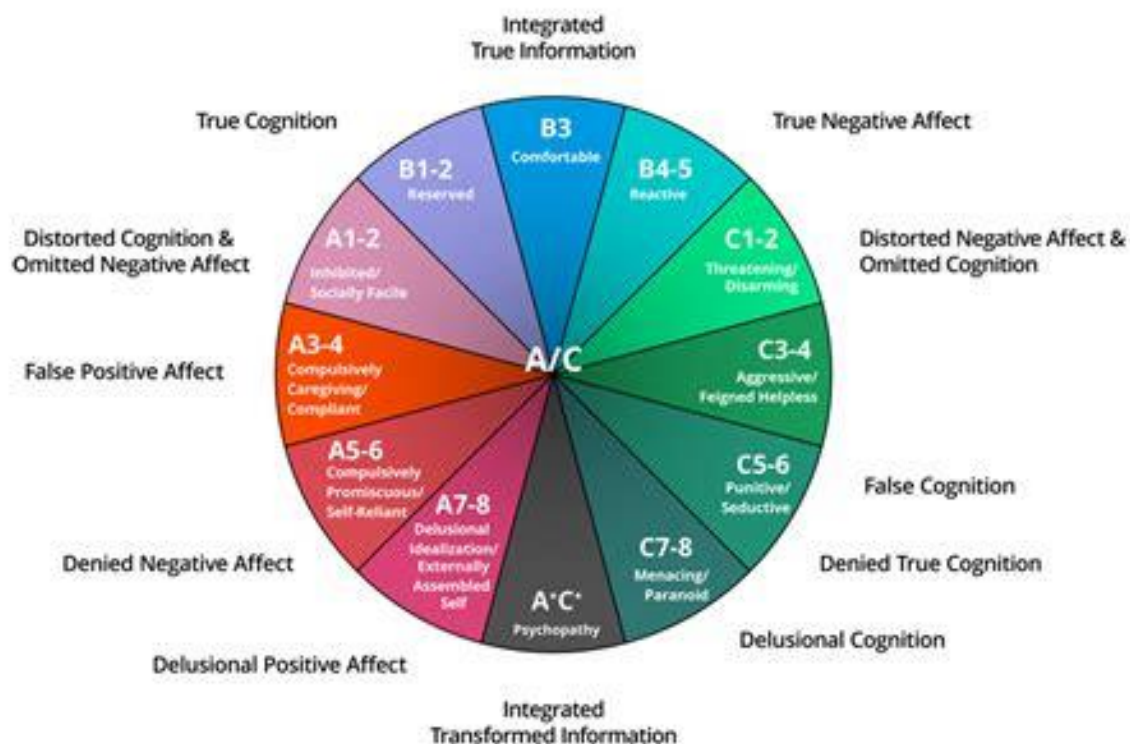
Quelles sont les conséquences de ces différences méthodologiques: granularité des catégories d'attachement et différenciation des niveaux de risques psychopathologiques

- **Le Nombre de catégories considérées pour classer les sujets**

La méthode Berkeley utilise 4 catégories principales pour classer les représentations d'attachement : Secure/Autonomous – Dismissing – Preoccupied – Unresolved/Disorganized.

En sens, elle projette dans l'âge adulte ce qui a été conceptualisé chez le bébé et le jeune enfant postulant implicitement une continuité développementale et donc de ce fait une certaine rigidité.

La méthode DMM propose quant à elle 22 stratégies principales qui vont de stratégie A1–8, B1–5, C1–8 + combinaisons A/C. Plus le nombre est associé à la lettre (A,B, C) est élevée plus la stratégie d'auto protection est extrême est porte en elle un risque de psychopathologie, d'inadaptation. On parle bien de risque, la stratégie d'attachement n'est pas une pathologie même insécure extrême dans le modèle DMM. Le DMM ne projette donc pas à l'âge adulte ce qui a été théorisé, observé chez le bébé mais considère que la dynamique du développement et d'apprentissage de l'adaptation à travers l'expérience autorise l'accès à des stratégies d'auto protection basées sur des traitements de l'information de plus en plus complexes au fur et à mesure de l'avancé en âge.



• Conséquence méthodologique

Le système DMM permet donc d'identifier des sous-types stratégiques (A3 compulsive caregiving, A4 compulsive compliance, C5 coercive, etc.), de hiérarchiser le risque (faible, modéré, élevé), d'intégrer les notions de traumatismes non résolus, et de pertes non résolues sous différentes formes qui interrompent le fonctionnement adaptatif de la stratégie d'autoprotection et le niveau d'activation neurophysiologique chronique dans la classification d'attachement du sujet.

Le système Berkeley quant à lui distingue moins finement les stratégies complexes, c'est-à-dire que des sujets qui ont grandi soumis à l'adversité peuvent être classifiés de façon qu'on pourrait qualifier de caricaturale, par exemple : certains fonctionnements complexes sont classés comme "sécure" car ils apparaissent en surface cohérents ou à l'inverse, ils sont classés "non résolus" dès que le discours n'est plus relativement standard.

Études comparatives directes

(Baldoni, F., Minghetti, M., Craparo, G., Facondini, E., Cena, L. & Schimmenti, A. (2018). *Comparing Main, Goldwyn, and Hesse (Berkeley) and Crittenden (DMM) coding systems for classifying Adult Attachment Interview transcripts: an empirical report. Attachment & Human Development, 20(4), 423–438.* doi:10.1080/14616734.2017.1421979)

Des études ont codé les mêmes transcriptions d'AAI avec les deux systèmes, nous citons seulement celle qui a été publiée en peer review.

• Résultats majeurs :

- Les mêmes interviews (90 parents italiens) ont été codées indépendamment avec le système *Berkeley* et le système *DMM*.
- Il n'y a **pas d'association significative entre les classifications** des deux systèmes, ce qui signifie qu'ils *ne mesurent pas le même construit*.
- Le système *Berkeley* identifie davantage de personnes comme « secure/autonomous » que le *DMM*.
- Beaucoup de textes (AAI) classés comme sécurés par *Berkeley* étaient classés comme *insecure* par le *DMM* en stratégies A ou C à faible ou modéré risque.

Cela suggère que le *DMM* est plus restrictif concernant dans sa conception de la sécurité de l'attachement ce qui peut s'expliquer par le positionnement théorique spécifiques des auteurs respectif et l'origine de leur travaux, :population normatives pour Marie Main et population clinique et en danger pour Patricia Crittenden. Elles n'ont en fait pas parler des mêmes populations et leurs systèmes de codage de l'AAI reflète ces différences épistémologiques.

Validité dans les populations à risque

C'est ici que la différence devient déterminante car l'on peut considérer des lors que **le système Berkeley peut avoir des limites intrinsèque en contexte clinique**. En effet, dans des échantillons de parents maltraitants, de familles à haut risque, de populations avec traumatismes complexes, il peut générer des taux inattendus de classifications secure/autonomous, une faible discrimination des stratégies protectrices complexes et considéré tout ce qui est complexe comme non résolu. Alors que la cohérence narrative peut masquer une organisation défensive sophistiquée, stratégique et très efficace.

Les Apport du DMM dans ces contextes clinique complexes sont donc tangibles car le *DMM* distingue les stratégies à l'organisation élaborées face au danger chronique, identifie les combinaisons A/C (mélange d'attachement évitant et préoccupé) qui peuvent paraître sécurés en surface mais ne sont en fait pas intégrées au plan du traitement de l'information dans le cerveau. Le codage *DMM* différencie aussi les niveaux de risque de psychopathologie, basée sur les biais traitement de l'information dominant sous stress et les erreurs prédictives qu'ils peuvent produire. Il intègre aussi un ensemble de marqueurs de trauma qui viennent interrompre le fonctionnement adaptatif de la stratégie, analyse et identifie les extrêmes chroniques de niveau d'activation neurophysiologiques à la source d'une souffrance pour le sujet et de symptomatologie de régulation massive(dépression, désorientation).

Dans les populations soumises précocement à l'adversité chronique, cette granularité augmente :

- la validité clinique des évaluations d'attachement à des fins de planification de prise en charge,
- la cohérence avec les observations comportementales,
- la capacité prédictive en contexte médico-légal ou de protection de l'enfance.

Pour formuler les choses simplement : Le système Berkeley repose sur l'idée que la cohérence du discours reflète la sécurité. Le DMM repose sur l'idée qu'une stratégie peut être cohérente, organisée pour survivre au danger **et insécure**.

Quelles sont les implications méthodologiques ?

Tout dépend de l'objectif :

- Si l'objectif est de réaliser des Études développementales générales → la méthode Berkeley peut suffire.
- Si l'objectif est de faire des Recherches en psychopathologie → La méthode DMM est plus discriminante, plus utile, plus valide, nous en verrons un exemple dans les prochains mois avec le diagnostic de trouble de personnalité border line .
- Si l'objectif est de travailler cliniquement en protection de l'enfance → La méthode DMM est absolument plus pertinente.

Quelles conséquences pour l'interprétation de la littérature scientifique existante ?

Les divergences empiriques entre le système Berkeley et le système DMM ne sont pas anecdotiques. Elles ont une implication scientifique majeure. Lorsque deux systèmes codent les mêmes transcriptions et produisent des classifications faiblement corrélées, cela signifie qu'ils ne mesurent pas le même construit opérationnel.

Or, nous l'avons vu dans plusieurs études comparatives :

- Le système Berkeley tend à classer un plus grand nombre d'individus comme sécurisés/autonomes.
- Le DMM reclassifie une partie significative de ces mêmes individus dans des stratégies A ou C, parfois à risque modéré.

Dans les populations à faible risque, cette divergence peut avoir peu d'impact pratique.

Mais dans les populations à haut risque (trauma complexe, maltraitance, psychopathologie sévère, contextes médico-légaux) cette divergence devient méthodologiquement critique.

Pourquoi ?

Parce que si le système Berkeley sur-identifie la sécurité, et si cette sécurité est utilisée comme variable prédictive ou explicative, alors une partie des conclusions empiriques pourrait être biaisée. Autrement dit : Les résultats produits avec l'AAI version Berkeley dans des échantillons à risque pourraient reposer sur une classification qui produit plus de faux négatifs,

c'est-à-dire identifie de la sécurité là où il n'y en a pas. En clinique les faux négatif (ne pas repérer le problème quand il y en a un) sont plus problématiques que les faux positif (repérer un problème alors qu'il n'y en a pas), la méthode Belkley fait exactement ça, la méthode DMM à tendance lui à faire des faux négatif, c'est l'éternelle problématique lorsque l'on crée des outils d'évaluation de décider entre la sensibilité et la spécificité.

Cela ne signifie pas que les recherches faites depuis des décennies avec la méthode Berkeley sont invalides. Cela signifie que leur interprétation doit être contextualisée. La variable "sécurité" pourrait inclure des profils stratégiques que le DMM ne considérerait pas comme intégrés/sécure. Elles amoindrissent le risque . et cela peut éventuellement expliquer une partie de la faiblesse des résultats que l'on a en terme de corrélation ou d'efficacité des prises en charges. En fait, les résultats de la recherche attachement pourraient être plus fort dans certains domaines avec les méthodologies DMM et moins fort dans d'autres et en ce sens permettre une clarification de la recherche dont la tiédeur des corrélations est parfois désespérante. Les méthodologie DMM augmenterait le contraste, mais augmenterait aussi la complexité.

Le biais de surévaluation de la sécurité de la méthode Berkeley est d'autant plus gênant que l'on étudie des populations dans des contextes de maltraitance, de transmission intergénérationnelle du trauma, de psychopathologie, d'évaluation des effets des prises en charge thérapeutiques,

Si la validité discriminante du DMM est supérieure dans les populations exposées au danger chronique, alors :

1. Certaines méta-analyses basées sur l'AAI-Berkeley pourraient sous-estimer les effets du risque.
2. La stabilité intergénérationnelle de la "sécurité" pourrait être partiellement surestimée.
3. Les liens entre attachement adulte et psychopathologie pourraient être atténués par un bruit classificatoire.

Conclusion :

Il ne s'agit ici pas d'opposer les deux modèles. Le système Berkeley possède une robustesse historique, une large diffusion, un corpus massif de validation, mais de savoir qu'il existe d'autres méthodes et ce qu'elles apportent . Le DMM apporte :une granularité plus grande de classification des stratégies d'attachement et prend en compte les apports du développement, une perspective centrée sur l'effet du danger dans l'organisation de l'attachement et donc une conception théorique plus proche de la réalité de vie des sujets qui souffrent psychopathologiquement, une hiérarchisation explicite du risque de psychopathologie ce qui en soit à une utilité significative en terme de prise en charge et de planification de l'intervention, et une meilleure capacité discriminante sur les sujets complexes.(pour donner une image, on a plus de pixel pour se représenter le problème sous-jacent avec la méthode DMM qu'avec la méthode Berkeley, ou encore on a une image en couleur au lieu de noir et blanc ☺)

La question n'est donc pas quel est le meilleur modèle, le plus valide, mais quel est le modèle le plus adapté et informatif pour la population avec laquelle je travaille que ce soit en recherche ou en clinique? Pour les populations à risque psychopathologique élevé, les données suggèrent que le DMM offre une meilleure sensibilité aux stratégies adaptatives complexes et nous permet de nous dégager de la catégorie fourre de désorganisation de l'attachement, de la

catégorisation non résolu et de la notion de trouble de l'attachement pour utiliser une sémiologie plus précise et utile.

©Alexandra Deprez 2026