

Schémas Précoces et Stratégies Précoces

Ne perdons pas de vue, tout au long de ce chapitre, que l'intention de ce livre est d'aborder la prise en charge des troubles de la personnalité. C'est le but de la thérapie des Schémas et ce modèle théorique a été construit dans cette optique. Toute personne peut penser que son enfance ne s'est pas déroulée comme elle l'aurait souhaité, mais ce n'est que s'il existe une souffrance ressentie actuelle que l'on parlera de pathologie de la personnalité.

Schémas Précoces inadaptés

Concepts sur les Schémas Précoces

Comme il a été vu précédemment, Young a été amené à revoir la définition du Schéma, en tout cas pour ce qui est des Schémas Précoces, c'est-à-dire ceux d'entre eux qui prennent naissance au cours de l'enfance ou de l'adolescence du sujet.

Définition du Schéma Précoce Inadapté

Selon Young (Young et al., 2003), un Schéma Précoce Inadapté :

- est un modèle ou un thème important ou envahissant ;
- est constitué de souvenirs, de cognitions, de sensations corporelles et d'émotions ;
- concerne soi-même et ses relations avec les autres ;
- est constitué au cours de l'enfance ou de l'adolescence ;
- est enrichi tout au long de la vie ;
- et il est dysfonctionnel de façon significative.

Cette définition appelle un certain nombre de commentaires.

Le *thème* ou *modèle* représente une préoccupation récurrente identifiable dans les pensées automatiques du sujet : l'abandon, la carence affective, l'imperfection, le sentiment d'être différent des autres, la vulnérabilité, l'incompétence, la punition, etc.

Les Schémas Précoces, comme tous les Schémas, sont des *représentations inconscientes du sujet concernant lui-même et/ou les autres*, acquises au cours de son expérience de vie. Au travers des relations avec les personnages qui ont été présents autour de lui

dans son enfance, l'individu va se forger des représentations sur sa valeur personnelle, sur la confiance qu'il a en lui-même, sur ses capacités d'autonomie, de régulation émotionnelle, sur le degré de confiance/méfiance qu'il peut avoir envers les autres, etc. Ces représentations peuvent, naturellement, être tout à fait positives : le sujet construira alors des Schémas Précoces positifs, non dysfonctionnels, qui lui permettront d'avancer dans la vie avec confiance. Dans ce cas, il ne développera probablement pas de trouble de la personnalité. Si les expériences de l'enfance sont suffisamment nocives, alors il apparaîtra plus vraisemblablement une pathologie.

Sur le caractère *précoce*, des Schémas peuvent se constituer tout au long de la vie du sujet : un accident grave, une maladie brutalement apparue, un échec scolaire ou professionnel peuvent constituer des faits marquants au plan psychologique et générer des Schémas de vulnérabilité, d'échec, notamment ; encore que, dans ces cas, l'apparition tardive d'un tel Schéma est souvent liée à d'autres Schémas, préexistants. À titre d'exemple, Morgane, 44 ans, a présenté à 35 ans une grossesse extra-utérine qui a généré beaucoup d'anxiété et un Schéma de vulnérabilité, avec des cognitions du genre : « à tout moment, une maladie grave peut survenir sans crier gare ». Mais cette anxiété est apparue parce que cette personne présentait depuis son enfance une Stratégie d'abnégation : pour des raisons liées à son vécu familial, elle avait pris l'habitude de « ne pas s'écouter », et de satisfaire surtout les besoins des autres. Si bien qu'elle a négligé un saignement vaginal durant une semaine et que, lorsqu'elle s'est enfin décidée à consulter, elle a été opérée d'urgence, dans un contexte d'effolement. Cette situation a généré le Schéma de vulnérabilité. Dans le cadre de ce livre, on ne s'intéressera qu'aux Schémas Précoces, ceux liés à l'enfance et à l'adolescence, et qui contribueront à la constitution de la personnalité du sujet.

Si les Schémas Précoces perdurent avec l'avancée du sujet en âge, c'est que *certaines facteurs les maintiennent* et les enrichissent tout au long de sa vie. En thérapie des Schémas, on s'intéresse ainsi non seulement à tous les éléments de l'enfance qui ont permis la mise en place des Schémas Précoces inadaptés, mais aussi à tous les mécanismes qui interviennent ultérieurement pour les faire persister au long cours : ici prennent leur importance les mécanismes de renforcement, déjà évoqués au premier chapitre, et sur lesquels nous aurons à revenir longuement.

Cette définition rappelle que nous nous intéressons à la pathologie : le Schéma ne nous intéresse que dans la mesure où il est *suffisamment dysfonctionnel pour entraîner une souffrance*, soit chez le sujet, soit chez les personnes avec lesquelles il entre en relation (dans le trouble de personnalité narcissique, le sujet lui-même ne ressent pas toujours de la souffrance, mais il la fait endurer à son entourage).

Enfin, insistons sur la nature du Schéma Précoce, ainsi que sur la différence de conception entre Beck et Young à propos de la notion de Schéma. Pour Beck, il s'agit d'une *croissance profonde*. Pour Young, « la croyance profonde n'est qu'un élément du Schéma : un Schéma est un ressenti émotionnel qui met en jeu la globalité de l'individu... Beaucoup de thérapeutes cognitivistes utilisent le terme de *croissances centrales* en disant qu'il recouvre la notion de Schéma. En réalité, il ne s'agit pas de la même chose : en thérapie cognitivo-comportementale (classique), il n'existe pas de modèle du développement

de l'enfant. Si bien que lorsqu'un thérapeute cognitivo-comportementaliste parle d'une croyance telle que "on ne peut pas m'aimer", il s'agit bien d'une croyance centrale, mais si l'on tient compte de ce que ressent un patient qui a un Schéma d'Imperfection, une telle croyance ne représente qu'un des éléments du Schéma ; elle ne prend pas en compte les sentiments profonds du patient et le souvenir répété de ne pas avoir été aimée : c'est tout son développement qui a été atteint. Un Schéma n'est pas seulement une croyance dont il peut parler avec quelqu'un d'autre au niveau du raisonnement logique, c'est une partie profonde, infantile, de son identité, une partie de sa conscience de soi. En thérapie cognitive classique, il n'y a pas cette notion d'un sens de l'identité qui serait, en profondeur, inscrit au niveau émotionnel. Je pense qu'il existe un noyau dans la personnalité, situé à un niveau émotionnel profond, qui est primitivement non verbal, une partie de nous-mêmes qui contient toutes les émotions, et les souvenirs qui leur sont liés. Dans ces conditions, se contenter de parler de croyance centrale n'exprime pas ce qui se passe réellement au fond de la personnalité. La compréhension de ce centre de la personnalité est la différence numéro un entre la thérapie des Schémas et la thérapie cognitive classique » (entretien personnel avec J. Young, 2006 paru dans *Les nouveaux psys*, dir. Catherine Meyer, éditions Les Arènes, Paris, 2008, p. 686-687 ; Pascal, 2008).

Exemple clinique

Julie

Pour illustrer la notion de Schéma telle qu'on la conçoit en thérapie des Schémas, prenons l'exemple de Julie, 21 ans, porteuse d'un trouble de personnalité borderline. Dans ses antécédents, on note une mère alcoolique, un père absent, un beau-père également alcoolique, autoritaire, violent verbalement et physiquement. Elle a été placée en internat depuis la classe de cinquième, puis en famille d'accueil en classe de quatrième, et enfin en foyer d'accueil de la Protection judiciaire à 17 ans. Elle a connu trois tentatives de suicide à 19 ans, à la suite de disputes et de ruptures. Il y a un an, Julie a quitté le foyer pour vivre avec Laurent. Elle a de fréquentes disputes avec ce dernier depuis quelques mois. Elle est au chômage, dépressive, boulimique.

Jeudi soir, elle attend Laurent, qui doit rentrer de son travail à 18 heures. Julie est heureuse à l'idée de le retrouver ; elle prépare le repas, puis lit une revue et regarde la télévision. À 18 heures 15, Laurent n'est pas rentré. Julie se sent brutalement très angoissée : elle a des palpitations, elle tremble et ressent une boule à la gorge. Elle se dit que Laurent est avec une autre fille en ce moment, et qu'il va sûrement l'abandonner. À 18 heures 30, lorsque Laurent rentre enfin, Julie ne se contrôle plus : elle crie, elle fait une scène terrible à Laurent et casse des objets auxquels il tient.

Que s'est-il passé dans la tête de Julie entre 18 heures et 18 heures 15 ? Pourquoi le calme a-t-il fait place à la tempête ? À 18 heures 15, le retard de Laurent a activé le Schéma d'Abandon de Julie. À cet instant, sa conscience a été envahie par une émotion (l'anxiété)

et des pensées automatiques (« il est avec une autre fille », « il va m'abandonner ») qui représentent l'*activation de son Schéma d'Abandon...* lequel n'est que l'un des Schémas Précoces de Julie : comme tous les sujets ayant un trouble de personnalité borderline, elle présente de multiples Schémas.

Biologie des Schémas

La notion de Schéma Précoce est totalement compatible avec les données actuelles des neurosciences. Il est permis de considérer le Schéma comme un engramme, soit une trace cérébrale, tout comme dans le cadre de la mémoire déclarative à long terme. Le Schéma est encodé dans les synapses d'un réseau de neurones qui, au travers de ses connexions, établit des associations entre les différents constituants du Schéma : des souvenirs sensoriels d'événements vécus anciens (avec toutes leurs modalités : visuelle, auditive, olfactive, tactile, gustative), des sensations corporelles, des émotions, des cognitions (figure 2.1).

Ce Schéma est stocké à un niveau inconscient, dans les structures qui interviennent dans la mémoire à long terme épisodique et dans la mémoire implicite. Si bien que l'amygdale et le système limbique (mémoire émotionnelle), le cortex sensoriel associatif (mémoire implicite perceptive), la mémoire procédurale (noyaux gris centraux, cortex moteur, cervelet) sont concernés (Shapiro, 2007). Le Schéma peut être inactif ou dormant, c'est-à-dire non ressenti, inconscient. Certains événements dits activateurs, qui se comportent comme des stimuli conditionnels, vont *activer* le Schéma : le sujet va alors faire l'expérience partiellement consciente du Schéma, en ce sens que certains de ses éléments vont envahir la conscience de l'instant présent (figures 2.2, 2.3 et 2.4).



Figure 2.1. Le schéma est encodé en un réseau de connexions neuronales.

Ce réseau encode des associations entre des souvenirs d'événements anciens, des sensations corporelles, des émotions, des cognitions (Young).

Source : lucastor@fotolia.com.

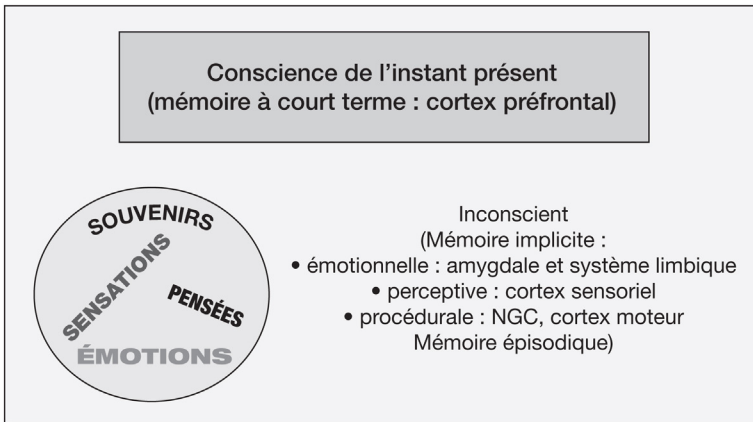


Figure 2.2. Apport des neurosciences – un Schéma à l'état inactif.

NGC : noyaux gris centraux.



Figure 2.3. L'événement activateur « tire sur les mailles » du réseau.

Source : Sasint@fotolia.com.

C'est le cas dans l'exemple cité au paragraphe précédent : Julie attend Laurent et se sent bien (ses Schémas sont inactifs). Le retard de son ami (15 minutes) est un stimulus conditionnel (car associé, inconsciemment, à un événement ancien qui a la même signification) qui active le Schéma d'Abandon. Julie ressent alors consciemment des émotions (anxiété, puis colère) et des pensées automatiques (« il est avec une autre fille », « il va m'abandonner ») qui font partie de son Schéma d'Abandon.

Lors d'un épisode traumatique, il existe un double traitement de l'information liée à l'événement. L'hippocampe et le néocortex stockent des éléments cognitifs (lieu, date, circonstances générales de l'événement) ; ces différentes données seront intégrées dans

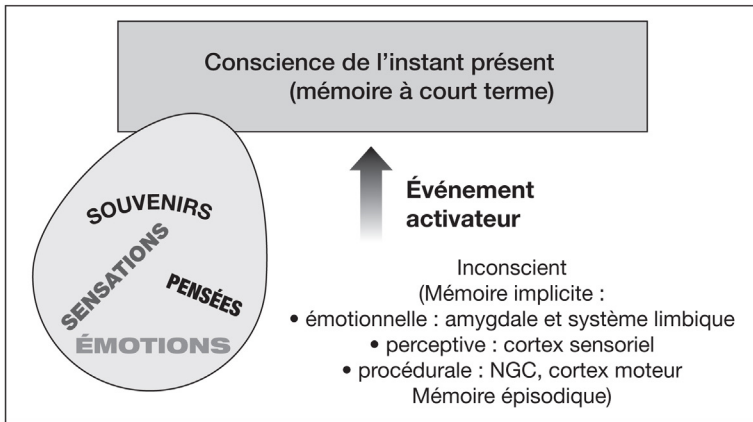


Figure 2.4. Apport des neurosciences – activation du Schéma.

NGC : noyaux gris centraux.

la mémoire autobiographique du sujet et encodées en un réseau accessible au rappel épisodique, volontaire. Les souvenirs émotionnels du trauma, quant à eux, subissent un devenir différent : l'émotion empêche le traitement conscient de ces données, lesquelles emprunteront une voie différente : l'amygdale et le système limbique constitueront un réseau indépendant, dans la mémoire émotionnelle, implicite, et donc distinct de la mémoire déclarative, dont le rappel conscient sera involontaire, provoqué par des stimuli conditionnels tels que le retard de Laurent dans l'exemple sus-cité (LeDoux, 2003, 2005 ; Siegel, 1999).

Par ailleurs, le circuit amygdalien réagit beaucoup plus vite à un stimulus environnemental que le cortex (figure 2.5).

Comme l'a montré l'équipe de Joseph LeDoux (LeDoux, 2003, 2005), un stimulus visuel ou auditif effrayant parvient à l'amygdale beaucoup plus rapidement qu'au cortex sensoriel : cette « voie basse », thalamo-amygdalienne, atteint l'amygdale en 10 à 20 millisecondes (ms) environ chez le rat, alors que le cortex sensoriel n'est atteint que bien plus tard. Et encore, la perception consciente ne sera obtenue que postérieurement encore : chez l'homme, un stimulus visuel doit durer de 40 à 80 ms pour provoquer une réaction du cortex visuel primaire en imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf), mais le sujet n'aura subjectivement conscience du stimulus en question que si celui-ci dure 150 à 200, voire 300 ms, après qu'un large réseau cortical aura été activé (Dehaene, 2010). Donc, un stimulus émotionnellement significatif ne deviendra conscient que bien plus tard, alors que le circuit de la mémoire émotionnelle aura déjà été atteint. Et l'amygdale aura réagi très tôt, en déclenchant la réponse émotionnelle, avant toute prise de conscience de la nature du stimulus. Toujours dans le cas de Julie, celle-ci ressent une forte émotion quand elle réalise que Laurent est en retard ; cette émotion entraîne avec elle tout le réseau émotionnel de son Schéma d'Abandon, sans qu'une prise de conscience sur les raisons de ce retard – chose qui engendrerait une mentalisation consciente – puisse se mettre en place.

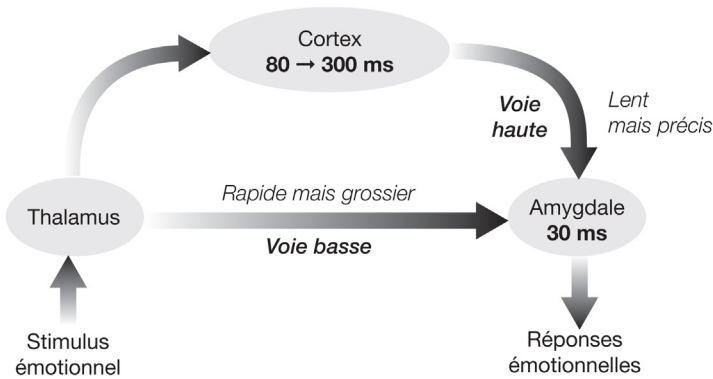


Figure 2.5. La biologie des Schémas.

D'après : LeDoux J, *Neurobiologie de la personnalité*, Paris, Odile Jacob, 2003.

Par ailleurs, la « voie basse », thalamo-amygdalienne, si elle est plus rapide que la voie qui mène l'information au cortex, est aussi plus rudimentaire, ne fournissant qu'une « représentation grossière » (Ledoux, 2003, p. 157) du stimulus externe, car elle court-circuite le cortex et sa finesse de discrimination. Si bien que lorsqu'un souvenir, de peur par exemple, est stocké dans l'amygdale, l'exposition ultérieure à un stimulus légèrement similaire provoquera la réaction émotionnelle mémorisée dans le souvenir. C'est ainsi que Julie, devant le retard de Laurent, ressent un manque de respect (il aurait pu lui téléphoner pour la prévenir de son retard...) et réagit comme lorsque, par le passé, les personnages importants de sa vie (mère, beau-père) la maltrahaient. De la même manière, les arachnophobes réagissent émotionnellement à la vue d'un motif dessiné à 8 branches, qui ne rappelle que de très loin une araignée, pour un sujet non phobique en tout cas.

Les souvenirs émotionnels peuvent se constituer sans aucun enregistrement conscient des stimuli : chez l'enfant de moins de 2 à 3 ans, pour qui la mémoire et le rappel épisodiques ne sont pas encore en place, il peut néanmoins se constituer des Schémas dits préverbaux, tels que l'Abandon. Des émotions pourront ainsi se manifester ultérieurement sans aucun souvenir cognitif d'abandon.

Enfin, l'amygdale a un fonctionnement automatique : si elle croit qu'il y a danger, elle déclenche automatiquement une réponse neurovégétative et active le système sympathique, sans aucune discrimination. Dans le système hippocampo-cortical, en revanche, les réponses peuvent être réfléchies, donc souples et adaptées. Lorsqu'on a les cognitions, on a le choix.

Si bien que le rôle du thérapeute consistera à :

- aider à faire le lien entre les émotions actuelles et les souvenirs d'enfance qui ont généré les Schémas (rôle de la technique d'imagerie) ;
- faire verbaliser le sujet sur l'expérience émotionnelle du Schéma ; cette mentalisation aidera à intégrer les éléments du Schéma dans la mémoire déclarative ;
- aider à intensifier le contrôle des Schémas par la conscience ;
- permettre d'affaiblir les émotions et les cognitions du Schéma, ainsi que les comportements qui lui sont liés.

Validation empirique des Schémas de Young

Les Schémas Précoces mis en évidence à partir de 1985 par Young et ses collaborateurs, en cherchant les thèmes présents dans les pensées automatiques retrouvées chez les sujets porteurs de troubles de la personnalité, ont permis d'établir le *Young Schema Questionnaire* (YSQ ; annexe 1). Ce questionnaire auto-administré a permis, sur des populations cliniques et non cliniques, d'obtenir une masse de données importantes qui ont fait l'objet d'études statistiques. L'analyse factorielle des résultats à ce questionnaire a notamment été réalisée par N.B. Schmidt et Joiner. en 1995 (Schmidt et Joiner, 1995) et par C.W. Lee *et al.* en 1999 (Lee et al., 1999). Ces deux études confirment 15 Schémas en utilisant la version 2 du questionnaire qui comportait 16 Schémas. L'un des Schémas, « Indésirabilité Sociale », n'a pas été confirmé dans ces études, si bien qu'il a été retiré depuis. Par la suite, de nombreuses autres analyses factorielles ont été réalisées, en utilisant les versions traduites dans de nombreux pays (Australie, Corée, Espagne, France, Pays-Bas et Turquie). Les études initiales ne portaient que sur des analyses exploratoires ; deux études (Hoffart et al., 2006 ; Rijkeboer et van den Bergh, 2005) ont utilisé l'analyse confirmatoire et retrouvent ces résultats. Ces derniers travaux, qui confirment les Schémas de Young dans des cultures très distinctes les unes des autres à la surface de notre planète, en révèlent le caractère universel. Des études restent à faire sur la version 3, actuelle, du questionnaire YSQ, dans laquelle trois Schémas nouveaux ont été ajoutés : Recherche d'Approbation/Recherche de Reconnaissance, Négativité/Pessimisme et Puniton.

Origine des Schémas

Besoins affectifs fondamentaux

Les analyses factorielles, notamment celles de Schmidt et de Lee dont on a parlé ci-dessus, ont permis d'étudier la structure hiérarchique du Questionnaire des Schémas de Young. Celle-ci s'avère être constituée de quatre dimensions :

- déconnexion ;
- surconnexion/manque d'autonomie ;
- normes excessives/excès de contrôle ;
- manque d'autocontrôle/manque de limites.

Si l'on examine ces quatre tendances, on s'aperçoit qu'elles fonctionnent par paires. Les deux premières dimensions (déconnexion et surconnexion) correspondent aux deux extrêmes de la pathologie de l'attachement : carence d'attachement et excès d'attachement. Les deux autres (normes excessives/excès de contrôle et manque d'autocontrôle/manque de limites) sont deux formes extrêmes d'une même dimension : le contrôle de soi. Ces études amènent à considérer deux grandes dimensions primordiales : l'attachement et le contrôle de soi. Ces tendances, dans leurs formes extrêmes, sont cause de pathologie de la personnalité. Si l'on considère, comme précisé au paragraphe précédent, le caractère universel des Schémas Précoces de Young, on est amené à l'idée que ces tendances représentent des besoins universels. Les analyses factorielles sur les Schémas Précoces de Young mettent donc en évidence deux besoins importants pour l'enfant :

- l'attachement (nécessaire à la survie du petit enfant) ;
- l'autonomie/contrôle de soi (qui sera nécessaire à la survie, dans son environnement, du sujet devenu adulte).

Au travers de ces deux besoins d'attachement et d'autonomie, notre inconscient collectif exprime, en définitive, le besoin de survivre.

R.M. Ryan et E.L. Deci (Ryan et Deci, 2000) ont étudié la *motivation intrinsèque*, c'est-à-dire ce qui pousse les êtres humains à agir naturellement dans leur propre intérêt. Ils ont ainsi postulé une *théorie de l'autodétermination* dans laquelle ils définissent des *besoins psychologiques innés*, qui sont au nombre de trois : l'appartenance, l'autonomie et la compétence. Ces auteurs ont montré que ces besoins étaient universels et liés à l'évolution des espèces. On retrouve ici les tendances mises en évidence dans les analyses factorielles des Schémas, le besoin d'appartenance étant équivalent à celui d'attachement, l'autonomie et la compétence correspondant à l'autonomie/contrôle de soi. Ainsi a pris naissance le concept de *besoins affectifs fondamentaux*, directement issu de la théorie des Schémas. La thérapie des Schémas insiste beaucoup sur le besoin d'attachement : pour Jeffrey Young, l'attachement est celui des besoins qui permet la satisfaction de tous les autres.

Le système de l'attachement

John Bowlby (1907-1990) (Bowlby, 1944) a travaillé de 1946 à 1972 à la Tavistock Clinic de Londres et a été chargé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) d'étudier les besoins des enfants orphelins. De ses observations, il acquit la conviction que les ruptures relationnelles importantes entre la mère et l'enfant étaient précurseurs de troubles psychologiques ultérieurs. Il observa aussi que les enfants exprimaient une détresse intense lorsqu'ils étaient séparés de leur mère, même si d'autres personnes s'occupaient d'eux (Bowlby, 1944). Il mit en évidence un attachement primordial entre la mère et son enfant, à une époque où Freud déclarait au contraire que ce lien était secondaire à un plaisir provoqué par la satisfaction de la faim, associée par l'enfant à la présence de sa mère. K. Lorenz (Lorenz, 1941) avait montré que les petits des oies pouvaient s'attacher à des « parents » – voire à des objets – même si ces derniers ne s'occupaient pas de les nourrir. D'autres études chez les enfants humains établirent que les bébés étaient capables de s'attacher à des gens qui ne les nourrissaient pas (Ainsworth, 1967). Si bien que l'on parle, de façon large, de *personnages d'attachement*, lesquels peuvent être les parents, mais aussi d'autres personnes : grands-parents, autres membres de la famille, voire personnes en dehors de la famille : voisin, enseignant, etc. Pour Bowlby, les mécanismes liant l'enfant à sa mère sont le résultat direct des contraintes de l'évolution, laquelle a développé un besoin biologique de proximité par sélection naturelle, génétique. La sélection naturelle favorise ainsi les comportements d'attachement chez l'enfant, dans le but d'augmenter la probabilité de la présence de la mère près de lui et de lui assurer protection et survie.

À partir du concept éthologique de *système comportemental*, Bowlby émit l'idée d'un « système comportemental d'attachement » : un système spécifique mettant en jeu une motivation intrinsèque et qui aboutit à des résultats prédictibles, tout comme le comportement de reproduction, ou bien le comportement d'exploration décrit par

Piaget (Piaget, 1955). D'autres systèmes comportementaux à motivation intrinsèque ont été mis en évidence depuis, comme nous le verrons plus loin (Panksepp et Biven, 2010). Tout comme la température d'un appartement est contrôlée par un thermostat, le système de l'attachement est régulé : il s'active lors des séparations prolongées, puis se désactive lorsque la proximité a été de nouveau obtenue. Ce système obéit donc, comme toutes les variables de l'organisme (pression sanguine, température corporelle, sommeil, etc.) à un processus d'homéostasie. Le chagrin est un élément régulateur du système : lors des expériences d'éloignement ou de perte de l'attachement, la colère manifestée dans les protestations, le chagrin exprimé au travers des pleurs (correspondant à l'activation du système d'attachement chez l'enfant) sont susceptibles d'attirer le parent. L'expérience positive d'une relation d'attachement apaise ces émotions (on parle alors de désactivation du système d'attachement).

Séparés de leur mère, les jeunes animaux émettent des vocalisations de détresse (VD). Il est possible de déclencher, par stimulation électrique ou chimique de certaines zones du cerveau, ces VD. On a ainsi pu montrer, chez différentes espèces de vertébrés supérieurs, que le système de l'attachement est supporté par la substance grise périaqueducule, le thalamus dorsomédian, l'aire septale ventrale, l'aire préoptique dorsale, et, dans les espèces les plus évoluées, l'aire cingulaire antérieure ainsi que l'hypothalamus et l'amygdale. Chez l'homme, l'imagerie de la tristesse montre des régions cérébrales identiques (Damasio et al., 2000 ; Zubieta et al., 2003). Dans ces zones, l'activité des opioïdes endogènes (notamment bêta-endorphine) s'exerce via la stimulation des récepteurs opioïdes *mu* qui sont les médiateurs du système d'attachement : lorsque le taux de bêta-endorphine est suffisamment faible, les jeunes enfants émettent des VD et les adultes ressentent de la solitude. Inversement, si cette substance est suffisamment élevée, les bébés sont heureux et les adultes se sentent bien avec eux-mêmes. Ces réponses de satisfaction surviennent lorsque les bébés reçoivent tendresse et attention et quand les adultes reçoivent du soutien de leurs famille et amis. La chaleur corporelle, les odeurs maternelles familières, les voix apaisantes, la tétée et même de l'eau sucrée provoquent aussi l'apaisement des pleurs chez nombre de jeunes mammifères, notamment les humains. Le bien-être provoqué par le contact physique (toucher, caresse), par la nourriture et par les sports d'endurance agit dans le même sens. Donc, le lien social positif s'accompagne de niveaux élevés des molécules de l'attachement social (opioïdes et, à moindre degré, ocytocine et prolactine). Une brutale chute des opioïdes peut produire la panique ou la tristesse que nous ressentons lors d'un deuil ou d'un abandon. Les agents bloqueurs des récepteurs opioïdes font de même.

Comme vu ci-dessus, le toucher peut avoir un effet apaisant sur le système de l'attachement. Le toucher affectif a été étudié par McGlone et Olausson (McGlone et al., 2014 ; Olausson et al., 2010). Au niveau des bras, du dos et du cuir chevelu, les mécanorécepteurs cutanés sont en relation avec des fibres nerveuses d'un type particulier, nommé Ct. Ces fibres Ct sont capables de véhiculer l'information provenant d'une pression inférieure à 5 millinewtons appliquée sur la peau de ces régions à une vitesse de 5 cm/s, et de la transmettre à l'insula (ces chiffres, quelque peu arides, décrivent en fait le câlin affectif) ; l'insula transmet elle-même l'information au système limbique, ce qui déclenche un ressenti émotionnel agréable et désactive le système d'attachement.