

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Contexte théorique	5
Le trouble de la personnalité limite.....	6
Le TPL selon l'approche descriptive	6
Le TPL selon divers auteurs d'approche psychodynamique	9
Prévalence et statistiques en lien avec le TPL	13
Fonctionnement psychologique des enfants de mères ayant un TPL	15
Pertinence et objectif de l'essai.....	22
Méthode.....	24
Participants.....	25
Instruments de mesure	26
Questionnaire préliminaire.....	26
PDQ-4	26
<i>Thematic Apperception Test (TAT)</i>	27
Déroulement.....	33
Résultats	35
Données concernant la situation actuelle des enfants	36

Enfant 1	36
Enfant 2	36
Enfant 3	37
Discussion	42
Description des cas à l'étude.....	43
Enfant 1	43
Enfant 2	44
Enfant 3	45
Éléments communs aux trois cas à l'étude	45
Lien avec les résultats obtenus et la présence d'un TPL chez la mère	48
Apports et implications au niveau clinique.....	50
Forces et limites	51
Conclusion	53
Références	55
Appendice A. Définition des mécanismes de défense	59
Appendice B. Lettre d'information et formulaires de consentement	62
Appendice C. Questionnaire préliminaire.....	73

Liste des tableaux

Tableau

1 Critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite selon le DSM-5 (2013).....	8
2 Caractéristiques sociodémographiques des enfants ayant une mère TPL	26
3 Indicateurs utilisés pour l'analyse des protocoles de TAT	29
4 Résultats de l'analyse des trois protocoles de TAT	38

Remerciements

Je suis heureuse que me soit donnée l'occasion de remercier les personnes qui m'ont assistée dans l'élaboration de cet essai. Tout d'abord, je pense à ma directrice d'essai Mme Julie Lefebvre, Ph.D., professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Son soutien constant, son implication assidue et ses précieux conseils, tout au long de la recherche et de la rédaction de cet essai, ont été inestimables. Je remercie également ma famille, plus particulièrement ma mère, qui n'a cessé de m'offrir ses encouragements et son soutien moral.

Je n'oublie pas mes amis et amies, dont Julia Ionescu Jourdan, confidente et complice aux moments difficiles de ma rédaction et toutes les personnes ayant contribué par leur appui et leur support à l'élaboration de ce projet.

Introduction

Le trouble de la personnalité limite (TPL) est un trouble psychiatrique chronique qui est marqué par de l'impulsivité, une instabilité de l'humeur, une perturbation des relations interpersonnelles et des comportements suicidaires (Labrosse & Leclerc, 2007). Ce trouble de la personnalité est vu comme étant un trouble de l'attachement, du développement du soi et de la régulation émotionnelle. Ces concepts s'apparentent à des tâches développementales de la petite enfance. Un enfant doit négocier ces tâches développementales afin de pouvoir s'épanouir, et pour ce faire, nécessite de réaliser des acquisitions aux plans cognitif, moteur, affectif et social. La mère présente un rôle important dans la négociation et l'accomplissement des tâches développementales de son enfant. Le parent aux prises avec un TPL peut manquer de disponibilité pour accompagner et guider son enfant dans son développement. L'environnement familial peut donc être difficile pour l'enfant d'une mère qui présente des difficultés personnelles lui causant une souffrance et une détresse aussi significative. En effet, les personnes vivant avec un TPL font face à plusieurs enjeux quotidiennement. Ils vivent avec une peur constante d'être abandonnés, ont des comportements compulsifs et présentent une précarité dans leurs rapports intimes (Crawford, Cohen, Chen, Anglin, & Ehrensaft, 2009). Il faut se questionner, à savoir comment les enfants en sont affectés et quelles peuvent être les répercussions (Weiss et al., 1996).

Peu d'études se sont attardées sur les impacts de grandir dans une famille dont la mère vit avec un TPL et plusieurs questionnements surgissent. Comment le développement d'un enfant est-il affecté par la turbulence émotionnelle extrême, l'instabilité des relations interpersonnelles, la confusion du soi, les comportements impulsifs tels que l'abus de drogues et d'alcool, les gestes suicidaires, l'automutilation et les accès de colère de la mère qui a un TPL? Quels sont les impacts sur le développement intrapsychique de l'enfant qui vit avec une mère qui présente un trouble de la personnalité limite?

Cet essai, de nature exploratoire, vise à comprendre le fonctionnement intrapsychique des enfants qui vivent avec une mère qui a un trouble de la personnalité limite. Peu d'études nous informent des impacts sur le développement intrapsychique de l'enfant dont les mères ont un TPL. Les études comprennent davantage de tests au niveau de l'attachement et de questionnaires auto-rapportés.

Cet essai doctoral débute par un contexte théorique qui présente le TPL selon diverses approches. Par la suite, un relevé de la littérature est effectué, des études antérieures sur les mères ayant un TPL et les impacts que ce trouble peut avoir sur leurs enfants. La section suivante présente la méthode, c'est-à-dire l'échantillon de participants, les instruments de mesure utilisés ainsi que le déroulement de cette étude. Ensuite, les résultats sont présentés. La section suivante présente un retour sur le

contexte théorique et les résultats obtenus. La dernière section expose la conclusion de cet essai.

Contexte théorique

Cette partie de l'essai présente tout d'abord la définition du TPL, ses caractéristiques ainsi que la prévalence de ce trouble dans la société. Ensuite, un relevé littéraire est effectué afin de présenter les connaissances actuelles en ce qui concerne le fonctionnement psychologique des enfants qui ont une mère qui présente un TPL. Enfin, la pertinence et l'objectif visé de l'essai sont présentés.

Le trouble de la personnalité limite

Dans la littérature, on retrouve divers termes qui tentent d'expliquer ce que l'on peut nommer des « perturbations limites » de la personnalité. En effet, certains auteurs qualifiaient ce trouble de personnalité de « structure pré-schizophrénique » de la personnalité, « caractère psychotique » et « schizophrénie ambulatoire » (Kernberg, 1997). Aujourd'hui, les auteurs parlent de « personnalité borderline », « personnalité limite », « état limite » et « organisation limite de la personnalité » (Bergeret, 2004). Il s'agit d'un trouble sévère de la personnalité qui peut être décrit selon deux approches : descriptive et psychodynamique. Dans le présent travail, le terme de trouble de la personnalité limite (TPL) sera privilégié par souci d'uniformité au long de cet essai.

Le TPL selon l'approche descriptive

L'approche descriptive repose sur l'identification clinique des symptômes, la fréquence et la durée de ceux-ci. Cette approche statistique et quantitative permet de

poser des diagnostics de pathologies psychiatriques en observant les syndromes présents et en statuant que les individus touchés dévient de la norme. Les troubles de personnalité sont présentés sur l'axe II du DSM-5 sous forme de trois groupes : A, B et C. Le trouble de personnalité limite se retrouve dans le groupe B. La définition la plus largement utilisée du TPL est celle que l'on peut retrouver dans l'approche descriptive. Cette dernière se réfère au trouble de personnalité limite comme étant un trouble psychiatrique chronique caractérisé par une impulsivité marquée, une instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles, des affects et de l'image de soi ainsi que par des comportements automutilatoires et suicidaires (APA, 2013; Labrosse & Leclerc, 2007). Les principaux défis pour les cliniciens, quant au travail avec des gens qui ont un TPL, sont les idéations et comportements suicidaires (Labrosse & Leclerc, 2007). Ce trouble peut être diagnostiqué à partir de l'âge de 18 ans, apparait généralement au début de l'âge adulte et est présent dans une variété de contextes tels que présentés dans le Tableau 1 suivant.

Tableau 1

Critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite selon le DSM-5 (2013)

-
- 1) Des efforts effrénés pour éviter l'abandon réel ou imaginé
 - 2) Un mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par une alternance entre des extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation des autres
 - 3) Un trouble d'identité, notamment une image ou un sens de soi instable de façon marquée et persistante
 - 4) Une impulsivité démontrée dans au moins deux champs qui ont un potentiel destructeur (i.e. les dépenses, la sexualité, l'abus d'alcool et de drogue, la conduite dangereuse ou la boulimie)
 - 5) Comportements, gestes ou menaces suicidaires répétés ou l'automutilation
 - 6) L'instabilité affective due à une réactivité de l'humeur marquée (i.e. dysphorie épisodique intense, irritabilité, anxiété durant quelques heures mais jamais plus que quelques jours)
 - 7) Un sentiment chronique de vide
 - 8) Une colère inappropriée, intense ou une difficulté à contrôler sa colère (i.e. expressions fréquentes classiques, colère constante ou bagarres physiques récurrentes)
 - 9) Une survenue transitoire, dans des situations de stress, d'idéations persécutrices ou de symptômes dissociatifs sévères
-

Outre l'approche descriptive qui présente une identification clinique du syndrome en énumérant les symptômes, plusieurs auteurs d'approche psychodynamique ont tenté de dépeindre un portrait de ce trouble de personnalité en s'attardant davantage à l'étiologie et aux causes inconscientes qui le causent. Pour ces auteurs, dont Kernberg, Bergeret, Fonagy et Young, le ou les symptômes du TPL ne sont qu'une expression d'un trouble ou d'une angoisse inconsciente et l'approche purement descriptive des

symptômes apparents leur semble être insuffisante. L'approche psychodynamique permet l'exploration et la compréhension de l'origine du dit trouble de la personnalité limite.

Le TPL selon divers auteurs d'approche psychodynamique

L'approche psychodynamique se réfère à l'organisation limite ou l'aménagement limite de la personnalité pour parler du TPL. Selon cette approche, les opérations mentales participent au déploiement des mécanismes de défense et à la formation des symptômes des individus aux prises avec un TPL (Lefebvre, 2001). Il existe plusieurs visions de la pathologie dont il est question. Cependant, dans cet essai, deux auteurs psychodynamiques sont abordés; Kernberg et Bergeret. Ces deux auteurs ont été choisis puisque ce sont des auteurs clés dans l'approche psychodynamique qui se sont davantage attardés à comprendre et expliquer le TPL.

Otto Kernberg propose, en 1975, que les individus atteints de cette pathologie du moi ne sont ni névrotiques ni psychotique. Kernberg (1997) suggère que le TPL est un trouble psychiatrique qui correspond à une structure stable et spécifique, n'oscillant pas entre un état de névrose et de psychose. Ce terme est réservé aux gens qui présentent un ensemble typique de symptômes, de manifestations défensives du moi, une pathologie typique des relations d'objet internalisés et des traits génétiques et dynamiques caractéristiques (Kernberg, 1997). Bergeret (2004) quant à lui parle d'une astructuration de la personnalité. De plus, il affirme que c'est une maladie du narcissisme. Le TPL se

retrouve donc dans une astructuration de la personnalité, se situant entre la psychose et la névrose.

Kernberg (1997) a identifié plusieurs caractéristiques centrales propres au TPL. Tout d'abord, ces individus possèdent un bon *testing* de la réalité, malgré un affaiblissement possible de ce dernier par moments. Ensuite, l'usage de mécanismes de défense primitifs et le clivage sont présents lorsque la personne se retrouve dans un état d'affect intense (Barends, 2003). De plus, selon les auteurs, cette pathologie du moi et des relations d'objet se manifeste par un manque de tolérance à l'angoisse. Bergeret (2004) précise que la tolérance à l'angoisse se caractérise par la capacité de l'individu à tolérer non pas l'angoisse ressentie au quotidien, mais toute angoisse supplémentaire à celle généralement éprouvée. De plus, un manque de contrôle des pulsions est caractéristique de l'individu aux prises avec un TPL. En effet, un manque de tolérance peut entraîner une perte de contrôle au niveau des pulsions, l'apparition de nouveaux symptômes, une conduite pathologique ainsi qu'une régression. En ajout, un manque de développement au niveau des voies de sublimation est noté par Kernberg (1997). La capacité de sublimation se traduit par la satisfaction que l'individu ressent dans son travail, sa vie et sa capacité à créer. Cette satisfaction est à distinguer de l'efficacité des défenses et des talents des individus. Enfin, une tendance à utiliser les processus primaires de la pensée est observée. Cette pathologie du moi et des relations d'objet se manifeste par la prédominance d'opérations défensives et primitives du moi. Les processus primaires de la pensée sont des processus inconscients et déterminés par le

principe de plaisir et de recherche de satisfaction. Ils peuvent apparaître sous forme de fantasmes primitifs. Les opérations défensives et primitives du moi sont multiples et peuvent apparaître sous forme de clivage, d'idéalisation primitive, de forme précoce de projection, dont l'identification projective, le déni et l'omnipotence¹. Les individus présentant un TPL utilisent de ces opérations défensives primitives de manière prédominante sur les opérations défensives de plus haut niveau tels que le refoulement et la sublimation. Ensuite, un manque de contrôle pulsionnel peut se traduire par de l'impulsivité et une potentialité plus élevée à l'acting-out chez les individus limites.

Bergeret (2004) décrit l'angoisse de l'individu présentant un TPL comme étant celle de la perte d'objet puisque l'individu entretient des relations de dépendance anaclitique à l'autre. Les individus n'ont plus l'angoisse de morcellement caractéristique du stade de la psychose, mais le Moi n'a pas su résoudre les conflits névrotiques qui auraient permis une relation d'objet génitale, dû à un traumatisme psychique important. Ce traumatisme, au sens affectif du terme, est le premier désorganisateur du développement de l'individu et de l'évolution psychique de ce dernier. La relation d'objet de l'individu présentant un TPL est celle d'une relation à deux, différenciée de la dyade primitive. Bergeret et Kernberg s'entendent pour dire qu'au niveau relationnel, de l'individu présentant un TPL maintient un bon *testing* de la réalité, en conservant la capacité à distinguer les perceptions intrapsychiques de celles qui sont externes. Ces individus perdent parfois temporairement l'épreuve de réalité lorsque notamment confrontés à des chocs affectifs

¹ Voir Appendice A pour les définitions.

graves ou lors de consommation d'alcool et de drogues. Selon Kernberg et Bergeret, l'individu présentant un TPL fonctionne selon un mode qui est moins réaliste, caractérisé davantage par l'idéalisation et l'utilitarisme. Les mécanismes de défense sont mis en place pour éviter la perte; le clivage est le plus important.

Le clivage, tel que compris par Kernberg et Bergeret, est un mécanisme de défense utilisé lorsque la personne est incapable d'intégrer les aspects positifs et négatifs de soi-même et/ou des autres. Les images positives et négatives mentales sont donc clivées, séparées, afin de protéger l'image positive et éviter qu'elle soit détruite (Barends, 2003). Ce mécanisme permet les évitements et les surinvestissements idéalisés des objets. Le Moi entretient une image positive et rassurante ainsi qu'une image négative et terrifiante du même objet, sans qu'il n'y ait toutefois possibilité de réunir ces deux images contradictoires. Ce mécanisme permet de rejeter les objets qui sont perçus comme étant frustrants et menaçants pour le Moi (Bergeret, 2004). Selon Kernberg (1997), les représentations d'objet clivées sont normales durant l'enfance précoce. Tôt dans le développement, l'enfant a des parties de lui qui s'identifient avec des bons et des mauvais aspects de son monde, de sa réalité. Les bons et les mauvais sentiments de leur soi et des autres sont clivés puisque l'enfant n'a pas les capacités cognitives pour les intégrer. Les individus ayant un TPL n'atteignent pas des représentations d'objet complètes et entières, dû à des accrochages dans l'environnement précoce de soins ou dû à un excès constant d'agression et de violence. Kernberg (1997) souligne que lorsque le développement s'arrête aux représentations clivées de l'objet, un nombre important de

problèmes se présente. Premièrement, le clivage mène à la diffusion de l'identité, ce qui engendre des problèmes dans les relations intimes dus à l'ambivalence entre la dépendance et la peur de l'abandon ainsi que la colère engendrée par la menace d'être séparé d'eux. La diffusion de l'identité mène aussi à une inconsistance dans les buts à long terme. Deuxièmement, le clivage engendre des démonstrations d'affects primitifs. Puisque l'individu présentant un TPL est incapable d'intégrer les deux images, soit positives et négatives d'un objet, les sentiments deviennent envahissants et si intenses que la personne en vient incapable de moduler son affect. Troisièmement, Kernberg (1997) affirme que le clivage crée de l'impulsivité au niveau comportemental. Les processus intrapsychiques sont agis à l'externe envers les autres et le soi, plutôt que d'être proprement modulés, comme les individus névrotiques le font (Barends, 2003).

En bref, selon l'approche psychodynamique, la personne ayant un TPL présente une angoisse importante d'abandon et de perte de l'objet. Le mode relationnel est la dyade caractérisée par une dépendance anaclitique à l'autre. Malgré de nombreux mécanismes de défense primitifs mis en place par l'individu présentant un TPL, le clivage est le plus utilisé afin d'éviter la perte de l'objet.

Prévalence et statistiques en lien avec le TPL

Dans la littérature, plusieurs statistiques proviennent de la vision descriptive du TPL selon l'approche du DSM-5. Selon une étude nationale, 5,9 % de la population présenterait un TPL tel que décrit par le DSM-5 (APA, 2013). La prévalence du trouble

est semblable chez les hommes et les femmes, malgré que les incapacités au niveau physique et mental soient beaucoup plus importantes chez les femmes (Grant et al., 2008 cité dans Macfie & Swan, 2009). Seulement 11,5 % des parents proches d'individus TPL présentent aussi ce trouble. De plus, 70 % à 90 % des individus ayant un TPL posent des gestes suicidaires et commettent des tentatives de suicide à répétition (Gunderson & Ridolfi, 2001, cité dans Labrosse & Leclerc, 2007; Linehan & Heard, 1999, cité dans Macfie & Swan, 2009). Malheureusement, 10 % des individus présentant un TPL décéderont d'une tentative de suicide (Labrosse & Leclerc, 2007). Environ le trois quart des personnes ayant un TPL diagnostiquées selon le DSM retrouveront un fonctionnement près de la normalité vers l'âge de 35 à 40 ans et 90 % seront totalement rétablies vers la cinquantaine (Paris & Zweig-Frank, 2001, cité dans Labrosse & Leclerc, 2007). Sur le plan médical, les individus présentant un TPL sont ceux qui utilisent de façon plus importante des services médicaux comparé à tous les autres groupes de diagnostics de santé mentale, à l'exception de la schizophrénie (Schwartz et al., 1990, cité dans Herr, Hammen, & Brennan., 2008).

Goulet (1999, cité dans Labrosse & Leclerc, 2007) note qu'en présence d'un trouble de la personnalité, les mécanismes d'adaptation de la personne sont rigides. Cette rigidité engendre de la souffrance et des problèmes dans diverses sphères de la vie de la personne tels que les relations interpersonnelles, amoureuses, familiales ou d'amitié. Les problèmes que rencontrent ces individus peuvent avoir des répercussions importantes sur

leurs enfants. Dans la section suivante, il sera question du fonctionnement psychologique des enfants dont les mères ont un TPL.

Fonctionnement psychologique des enfants de mères ayant un TPL

Quelques études ont permis d'explorer le fonctionnement psychologique des enfants dont les mères ont un TPL. Les premières études présentées portent sur celles qui ont examinées davantage des caractéristiques comportementales et descriptives. Les études suivantes porteront sur celles qui ont évaluées le fonctionnement intrapsychique.

Une importante étude a été effectuée par Herr et al. (2008) auprès d'un échantillon de 815 mères ayant un diagnostic de TPL et leur enfant de 15 ans à risque de dépression afin de voir s'il y avait une association entre les symptômes du TPL présents chez la mère et le fonctionnement interpersonnel, les cognitions d'attachement et les symptômes dépressifs des enfants. Les mesures du fonctionnement psychosocial des jeunes incluaient des questionnaires auto-rapportés, complétés par la mère, les évaluateurs et les enseignants. Les résultats ont indiqué qu'il y avait une association significative entre les symptômes du TPL présents chez la mère et les difficultés qui ressortaient chez les jeunes. Cette association demeurait significative, même après avoir contrôlé la dépression pour les deux groupes. La gravité des symptômes du TPL de la mère était reliée à des perceptions de soi négatives auto-rapportées concernant l'habileté à se faire de bons amis et à être socialement accepté par les jeunes, des cognitions d'attachement craintives auto-rapportées par les jeunes, des rapports d'interviewer rapportant du stress

dans la relation parent-enfant et des perceptions d'hostilité maternelle chez les jeunes. Ces associations soutiennent d'autant plus que la gravité des symptômes du TPL de la mère est un facteur de risque important, indépendamment de la dépression.

Par ailleurs, Feldman et al. (1995) ont mené une étude dont le but était de comparer neuf familles de mères ayant un TPL avec quatorze familles de comparaison dont les mères avaient d'autres troubles de la personnalité. Les variables étudiées étaient la stabilité familiale, la satisfaction familiale et l'environnement familial. L'étude confirme l'hypothèse initiale des auteurs. Les familles de mères souffrant d'un TPL étaient plus instables que les familles contrôles. Les enfants provenant de familles dont les mères présentaient un TPL avaient plus de chances de vivre des changements dans la composition familiale, de changements d'école, d'exposition à l'abus d'alcool et de drogues de la part des parents, d'être exposés à des tentatives de suicides de leurs parents et vivaient généralement dans des environnements familiaux instables. Au moment de l'étude, 40 % des jeunes ne vivaient pas dans leur famille d'origine comparé à 5 % des enfants du groupe contrôle. Dans une étude conjointe, composée du même échantillon, il a été trouvé que les enfants dont les mères avaient un TPL avaient plus de chances de développer le TPL. L'instabilité familiale est un facteur de risque important à long terme pour le développement de ce trouble de la personnalité. Il est à noter que la satisfaction familiale n'était pas significative entre les deux groupes, ce qui pourrait potentiellement être expliqué, selon les auteurs, par des défenses mises en place par les enfants de mères ayant un TPL dans le but de minimiser les problèmes vécus.

Par ailleurs, Barnow, Spitzer, Grabe, Kessler et Freyberger (2006) ont effectué une étude auprès d'enfants dont les mères avaient un TPL (23 enfants) ou un diagnostic de dépression majeure (47 enfants) ou un diagnostic du groupe C des troubles de la personnalité¹ (31 enfants). Ces groupes de mères étaient comparés à un groupe contrôle dont les mères n'avaient aucun diagnostic (156 enfants). Plusieurs variables étaient à l'étude telles que les traits de la personnalité, la consommation et les comportements. Les enfants dont les mères avaient un TPL ont démontrés des scores plus élevés sur la dimension d'évitement du danger, percevaient leurs mères comme étant surprotectrices, présentaient une prévalence plus élevée pour des problèmes émotionnels et comportementaux et se décrivaient comme ayant une très faible estime d'eux-mêmes. Ces résultats ont indiqué que les enfants du groupe de mères souffrant du TPL étaient davantage tendus, nerveux, préoccupés, insécures, passifs, négatifs et pessimistes. Les besoins et désirs de l'enfant d'être autonomes étaient niés. Les problèmes émotionnels chez la mère étaient des indicateurs d'instabilité affective sévère chez les enfants.

Une étude de Hobson, Patrick, Crandell, Garcia-Pérez et Lee (2005) a été effectuée afin d'évaluer les modèles d'attachement et la propension à l'interaction interpersonnelle chez des enfants âgés de 12 mois dont les mères ont un TPL. L'insensibilité intrusive maternelle a aussi été évaluée durant un moment de jeu semi-structuré. Les résultats ont démontré que les enfants de mères ayant un TPL démontraient moins de disponibilité

¹ Le groupe C des troubles de la personnalité comprend les troubles de la personnalité évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive.

pour un engagement positif dans la situation étrange¹, présentaient moins de comportements d'organisation et de régulation de l'humeur ainsi qu'une proportion plus basse de regards interpersonnels positifs. Dans la situation étrange, une plus grande proportion d'enfants dont les mères avaient un TPL ont présenté des modèles d'attachement désorganisés. Enfin, dans les situations de jeu, les mères souffrant d'un TPL ont démontré davantage d'insensibilité intrusive, c'est-à-dire que les mères avaient de la difficulté à capter les signaux que leur envoyaient leurs enfants afin qu'elles s'ajustent à leurs désirs d'interagir ou jouer de manière différente.

Apter-Danon et Candilis-Huisman (2005) ont étudié les interactions entre les mères ayant un TPL et leurs bébés. Leur étude a utilisé le *Face to Face Still Face Paradigm* (SFP) qui est un outil d'évaluation dont l'hypothèse est que les enfants sont des contributeurs actifs à l'interaction sociale. La situation d'évaluation comprenait trois phases : 1) une interaction normale avec la mère qui sert de base de comparaison; 2) la période durant laquelle l'adulte ne répond plus à l'enfant et maintient une expression faciale neutre; et 3) une réunion durant laquelle l'adulte reprend une interaction normale avec l'enfant. La deuxième phase était reconnue pour engendrer une aversion aux regards, moins de sourires et davantage d'affects négatifs lorsque comparé à

¹ L'expérience de la situation étrange consiste à étudier la manière dont le bébé évolue dans les premiers mois en fonction de l'attention que lui porte sa mère. Les capacités d'attachement et de séparation sont évaluées en notant la présence ou non de signes d'inquiétude, de tristesse ou autre (Ainsworth & Bell, 1970).

l'interaction normale face-à-face (Mesman, Van IJzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2009). Les auteurs ont démontré que les mères souffrant d'un TPL avaient un style d'interaction intrusif et insensible avec leurs enfants et les mères échouaient à se réajuster après la phase 2, les enfants demeurant plus longtemps perturbés et ce plus intensément que les enfants du groupe contrôle (dont les mères n'avaient pas de diagnostics de santé mentale). Apter-Danon et Candilis-Huisman concluaient que les mères ayant un TPL touchaient leurs enfants (secouements et coups) et attiraient leur attention verbalement et physiquement de manière répétitive mais ne semblaient pas conscientes ni capables de repérer les indices que leur envoyaient leurs enfants quant à leurs désirs de jouer et interagir de manière plus douce.

Certaines études se sont centrées davantage sur le fonctionnement intrapsychique des enfants dont la mère a un TPL. Une étude effectuée par Danti, Adams et Morrison (1985) avait comme but d'évaluer les enfants dont les mères bénéficiaient d'un traitement de jour pour adultes ayant un diagnostic de TPL, afin de déterminer si les enfants étaient à risque de développer des problèmes émotionnels sérieux. L'étude portait sur 9 enfants de 5 mères différentes âgés de 5 à 17 ans. L'évaluation comportait trois sources d'informations : une évaluation psychologique, des observations de groupe ainsi que des historiques psychosociales. L'évaluation psychologique comprenait le *Rorschach*, le *Thematic Apperception Test* (TAT), le *Weschler Intelligence Scale for Children Revised* (WISC-R), le *Bender-Gesltalt*, le *Draw-a-Person* et le *Kinetic Family Drawing*. Cette étude a confirmé que les enfants présentaient de sérieux retards au

niveau émotionnel et exhibaient des comportements perturbateurs qui nécessitaient des traitements. Plus précisément, ces enfants démontraient une variété de problèmes, dont l'incapacité à voir leurs besoins comblés sans que ça ne leur coûte au niveau émotionnel. Cette étude a fait état de présence de renversement de rôles (Macfie & Swan, 2009), de déni des besoins émotionnels, d'acting-out agressif et de comportements autodestructeurs des enfants comme moyen d'exprimer leurs besoins émotionnels. Ces comportements exprimaient la peur de l'abandon. L'expérience de clivage par la mère était commune à tous les enfants; ils se voyaient clivés soit positivement ou négativement par la mère, ils avaient internalisé la représentation d'objet clivée et se sentaient en constante alternance entre le bien et le mal. La conclusion était que tous les enfants nécessitaient un traitement afin d'éviter de continuer de fonctionner selon un stade de développement régressif.

Par la suite, une étude réalisée par Macfie et Swan (2009) comprenait un échantillon de trente enfants âgés de 4 à 7 ans et dont la mère avait un TPL ainsi que trente autres enfants dont les mères n'avaient pas de TPL, qui constituaient le groupe de comparaison. L'instrument utilisé était le *MacArthur Story Stem Battery* et l'*Attachment Story Completion Task* (ASCT) qui constitue en une série de planches qui permet d'explorer le monde interne des enfants en écoutant leurs récits. Les planches sollicitent des récits narratifs qui permettent d'évaluer l'attachement des enfants. Après l'administration, les auteurs ont conclu que les enfants dont les mères avaient un TPL manifestaient davantage de renversement de rôles, de peur de l'abandon et d'attentes négatives face

aux relations mère-enfant et père-enfant dans les histoires racontées. Contrairement à leur hypothèse par contre, ils ne présentaient pas de représentations plus négatives de soi. Ces enfants présentaient une difficulté à réguler leurs émotions; cette difficulté ainsi que la représentation de soi de l'enfant semblaient significativement corrélés avec la gravité des symptômes de la mère. De plus, la régulation émotionnelle semblait être corrélée avec la confusion identitaire, les relations négatives, les comportements autodestructeurs et l'instabilité affective de la mère.

Plus récemment, en 2013, Schacht, Hammond, Marks, Wood et Conroy ont effectué une étude dans le but d'investiguer la relation entre l'habileté des mères ayant un TPL à se faire une représentation des pensées et émotions de leurs enfants ainsi que la compréhension des enfants de leur propre fonctionnement mental. Les participantes de l'étude étaient 20 mères présentant un TPL, 19 mères n'ayant pas de diagnostics de troubles de la personnalité ainsi que leurs enfants, âgés entre 39 et 61 mois. Une batterie de tâches sur la théorie de l'esprit et d'identification des émotions a été utilisée pour évaluer la compréhension qu'avaient les enfants de leur fonctionnement mental. L'habileté des mères à reconnaître et se faire une représentation du monde interne de leurs enfants a été évaluée en se basant sur les descriptifs donnés de leur enfant. Le TPL maternel était associé à une quantité moins élevée de descriptifs du fonctionnement mental de leur enfant en comparaison du nombre de descriptifs fournis par les mères n'ayant pas de trouble de la personnalité. De plus, une compréhension plus pauvre de

leur propre fonctionnement mental était remarqué chez les enfants de mères souffrant d'un TPL, en comparaison des enfants dont les mères n'avaient pas de diagnostics.

En bref, les auteurs de ces études concluent tous que les enfants dont les mères ont un TPL sont affectés dans leur développement. Parmi les conséquences, la présence d'un retard au niveau émotionnel, de la difficulté à réguler leurs émotions, un attachement désorganisé se forme et plusieurs répercussions négatives au niveau des perceptions de l'enfant face à son environnement sont notées. Plus particulièrement, il est noté que les enfants dont les mères avaient un TPL étaient plus affectés négativement par le diagnostic de leurs mères que les enfants dont les mères n'avaient pas de TPL. Les enfants présentaient des estimes de soi plus faibles, des problèmes de régulation émotionnelle et comportementaux, une instabilité affective sévère ainsi que des environnements familiaux plus instables.

Pertinence et objectif de l'essai

Les études précédentes ont permis d'obtenir des données intéressantes quant à la relation mère-enfant, des mesures sur les difficultés d'attachement que pouvaient développer les enfants, des perceptions qu'ont ces enfants d'eux-mêmes et de leurs mères ainsi qu'un portrait psychosocial des environnements familiaux de ces enfants qui ont une mère avec un TPL. Peu d'études préconisant l'approche psychodynamique ont été réalisées en lien avec la compréhension du développement intrapsychique de l'enfant. En effet, la majorité des études utilisent l'approche descriptive, c'est-à-dire

qu'elles font appel à des tests qui mesurent davantage les comportements des enfants, l'interaction entre la mère et son enfant et l'évaluation de la stabilité au niveau familial avec l'aide de questionnaires. L'étude de Danti, Adams et Morrison est certes pertinente, portant sur le développement intrapsychique, toutefois il s'agit d'une étude qui a été réalisée en 1985, donc il y a plus de 25 ans. Il s'avère donc nécessaire de mettre à jour les connaissances sur ce sujet. Cet essai se penchera davantage sur le développement intrapsychique des enfants qui vivent avec une mère qui a un TPL en utilisant un test projectif. Ceci permettra d'obtenir un profil intrapsychique des enfants. La question de recherche est la suivante : Quel est le fonctionnement intrapsychique des enfants qui vivent avec une mère qui a un trouble de personnalité limite?

Méthode

Dans cette partie, la méthode de la présente étude est abordée. Tout d'abord, il est question de la présentation des participants et de leurs caractéristiques sociodémographiques. Par la suite, les instruments de mesure utilisés sont abordés. Enfin, le déroulement des entrevues complète cette section.

Participants

L'échantillon est composé de 3 mères ayant un TPL âgées entre 34 et 41 ans et leur enfant âgé entre 8 et 11 ans. Puisque le test du TAT (*Thematic Apperception Test*) sera administré, des enfants d'âge scolaire ont été choisis plutôt que des enfants en âge préscolaire. Les individus présentant le trouble devaient répondre à au moins 5 des 9 critères tels que décrit par le DSM-5 (2013). De plus, aucune des participantes de l'échantillon ne présente un trouble de personnalité comorbide.

Il a été choisi de recruter les mères ayant un TPL par l'intermédiaire de psychologues ayant une pratique privée à Trois-Rivières (voir les formulaires de consentement à l'Appendice B). Ces mères étaient en thérapie individuelle et les motifs de consultation étaient axés sur leurs difficultés personnelles. Le Tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques des mères et leur enfant.

Tableau 2

Caractéristiques sociodémographiques des enfants ayant une mère TPL

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant3
Variables			
Âge de la mère	41	36	34
Âge de l'enfant	9	8	11
Sexe de l'enfant	Féminin	Féminin	Féminin
Formation de la mère	Professionnel	Collégial	Universitaire

Instruments de mesure**Questionnaire préliminaire**

Un questionnaire préliminaire a été rempli par les 3 mères afin d'obtenir un profil sociodémographique. Les catégories suivantes constituent ce questionnaire qui peut être retrouvé à l'Appendice C de cet essai : informations sur la mère, informations sur l'enfant, informations familiales, situation actuelle de l'enfant et le dossier médical.

PDQ-4. Le PDQ-4 est un questionnaire de diagnostic de la personnalité et a pour objectif d'évaluer des troubles de la personnalité selon les critères diagnostiques du DSM-IV (2000). Il est toutefois à noter que ces critères demeurent les mêmes dans le DSM-5 (2013). Ce questionnaire permet l'émergence des traits de personnalité paranoïaque, histrionique, antisociale, obsessionnelle compulsive, négativiste, schizoïde,

narcissique, évitante, dépressive, schizotypique, borderline et dépendante. Le sujet évalué est invité à répondre par « vrai » ou « faux » aux 99 items du questionnaire. Par la suite, l'évaluateur fait un retour plus précisément sur les questions portant sur les troubles de personnalité qui semblent coter. La fidélité test-retest, ainsi que la consistance interne du PDQ-4 sont satisfaisantes selon Davison, Leese et Taylor (2001).

Thematic Apperception Test (TAT). Le développement intrapsychique des enfants de l'étude est évalué à l'aide des différents indices obtenus au TAT. Cet outil diagnostique est un test projectif non structuré. Ce test est composé de 15 planches pour les jeunes filles. Ces planches visent à évaluer sous différentes facettes les niveaux d'organisation de la personnalité des jeunes participantes à partir des caractéristiques de la relation d'objet, du type d'angoisse, des mécanismes de défense et des processus de pensée (Rossel, Husain, Merceron, & Fayet, 2001). La passation consiste à présenter les planches qui comportent des scènes représentant des situations sociales variées et légèrement ambiguës et de demander au participant de raconter une histoire pour chacune. La consigne consiste à demander à la personne de s'imaginer une histoire à partir de la planche. L'administrateur veille à ce que l'histoire racontée comporte un début, ce qui se passe sur la planche et une fin. Ce dernier peut poser des questions afin de clarifier l'histoire mais s'abstient de toute suggestion. Actuellement, quelques méthodes d'administration et d'interprétation du TAT existent, dont celle de Shentoub. L'approche interprétative de Shentoub et coll. (1998) consiste en un mode de lecture des protocoles examinant pour chaque planche : un contenu manifeste et un contenu latent,

des variations autour de la problématique œdipienne, un repérage des processus de défense et de dégagement dans la construction du récit du sujet et la configuration de ces processus aux variations des structures de personnalité. La méthode d'analyse du Groupe de Lausanne consiste à étudier les nuances du discours du sujet en les regroupant selon certaines caractéristiques telles que la relation d'objet, le type d'angoisse, les mécanismes de défense, les limites, le moi et les processus de pensée (Rossel et al., 2001). Cette analyse vise à spécifier des niveaux d'organisation de la personnalité du sujet. La méthode d'analyse se veut de nature qualitative, en prenant soin de noter les commentaires qui entourent le contenu et les particularités de la grammaire d'énonciation afin d'effectuer une différenciation fine des niveaux d'organisation de la personnalité du sujet. Dans cette approche, tout comportement non verbal, commentaire adressé à l'évaluateur ou encore le contenu lui-même est considéré comme un tout et prend sens dans l'analyse.

De façon plus détaillée, voici un tableau des indicateurs utilisés dans l'analyse des protocoles de TAT des trois enfants évalués dans cette étude. Le Tableau 3 tient compte des indicateurs du Groupe de Lausanne avec l'ajout de certains indicateurs présents dans la méthode d'analyse de Shentoub. Les protocoles ont été analysés en entier et la tâche consistait à repérer la présence ou l'absence de ces indicateurs.

Tableau 3

Indicateurs utilisés pour l'analyse des protocoles de TAT¹

Indicateurs	Description
Relation d'objet	
Appels à l'examineur	Transgressions pour rendre l'examineur complice
Attitudes infantiles	Soumission qui peut être apparente dans la relation (mimiques, ton de voix...)
Fétichisme	Fétichisme au niveau des contenus
Relation anale à l'objet	Relation dominant/dominé entre l'homme et la femme/les parents et l'enfant
Relation d'objet anaclitique	Grande dépendance, a besoin de l'autre à ses côtés tout en doutant l'intrusion dans une trop grande proximité
Relation d'emprise	Virtuose de la confusion. L'examineur est déprécié/dénié
Perversion de la relation	Le suspense est créé dans le fait de donner ou non une réponse ou recherche de la complicité de l'examineur et tentative de le faire sortir de sa neutralité
Relation agressive à l'objet	Agression subie
Objet partiel	L'objet est constitué mais investi de façon partielle
Dénigrement de l'objet	Dénigrement des images féminines/masculines; des images maternelles/paternelles; hiérarchie confondue ou inversée
Dénigrement des planches	Dénigrement du matériel projectif
Relation objectale non gratifiante	Objet non satisfaisant, non gratifiant, ne donnant jamais assez
Renversement de rôles	Présence de renversement de rôles dans le contenu des histoires
Thèmes de séduction	Présence d'un thème de séduction
Figure maternelle	Fonction soutenante de la figure maternelle

¹ Indicateurs tirés de la méthode du Groupe de Lausanne (Husain & Boucher, 2007) et de Shentoub et coll. (1998)

Tableau 3

Indicateurs utilisés pour l'analyse des protocoles de TAT (suite)

Indicateurs	Description
Relation d'objet (suite)	
Figure paternelle	Fonction du tiers de la figure paternelle
Relation de triangulation	Présence de triangulation dans les relations
Limites	
Confusion de classes	Humain/Animaux
Confusion sujet/objet	Moi/Non-moi
Confusion intérieur/extérieur	Présence de confusion intérieur/extérieur
Confusion fantasme/réalité	Présence de confusion entre le fantasme et la réalité
Surinvestissement	Insistance sur les vêtements, la localisation des taches, la fonction sociale, l'argent, la beauté.
Moi	
Présence d'un thème affectif	Présence d'affect dans l'histoire
Manifestation affective	Affect ressenti par l'individu évalué durant la passation
Incohérence de l'affect	Présence d'incohérence de l'affect en regard du contenu de la planche
Narcissisme	Détails narcissiques
Self grandiose	Une partie du moi est adaptée à la réalité et l'autre est fixée aux besoins narcissiques internes à l'anaclitisme rassurant
Thème de la honte	Présence de honte dans les histoires
Carence surmoïque	Absence de censure et prédominance de la pulsion agressive, absence de culpabilité, confrontation des règles malgré la connaissance de celles-ci
Conflits internes	Entre les instances : idéal du surmoi/moi/ça
Imagos parentales	Parents insatiables sur le plan narcissique

Tableau 3

Indicateurs utilisés pour l'analyse des protocoles de TAT (suite)

Indicateurs	Description
Moi (suite)	
Dépendance infantile	Nature des contenus, recherche de dépendance, soumission au désir de l'autre
Fixations anales	Monde pulsionnel se révélant dans des contenus tels que l'argent, l'ordre, etc.
Aspects masochistes	Position de victime (persécuté) plutôt que d'être seul ou d'être dans l'intimité
Toute-puissance	Jugement sur le matériel
Identité	Différencié du non-moi
Identité sexuelle	Identité sexuelle intégrée
Moi intégré	Complet et jamais clivé
Angoisse	
Persécution	Méfiance (précautions verbales), attribution d'intentions aux auteurs, références militaires/légales, préoccupations pour les apparences trompeuses
D'intrusion	Angoisse liée à celle du rapprochement
D'abandon/de la perte	Présence d'angoisse de perte de l'objet
Anaclitique	Recherche d'appui
De la faille narcissique	Angoisse d'effondrement narcissique (insistance sur la solidité)
Du rapprochement	Présence d'angoisse de rapprochement avec l'objet
Du vide	L'ennui occupe une place importante et correspond à un sentiment insidieux d'agitation et de vide, l'objet n'est pas satisfaisant
Dépressive	Survient lorsque le sujet imagine que son objet risque de lui faire défaut. Devant l'écart entre la réalité et le Moi Idéal

Tableau 3

Indicateurs utilisés pour l'analyse des protocoles de TAT (suite)

Indicateurs	Description
Mécanismes de défense	
Déni	Déni du manque, de la différence des sexes, de l'affect, d'une partie de la réalité
Projection	La projection est une activité expulsive. La pulsion est traitée comme une perception. Toutes les expressions de prudence reposent sur la projection et le fait de n'être jamais à la source de ses fantasmes
Clivage	Clivage des représentations objectales destiné à lutter contre l'angoisse de perte d'objet
Dévalorisation/Idéalisation	Déni du narcissisme de l'autre et idéalisation
Négation	Présence de négation d'affect
Érotisation de l'angoisse	Façon d'occulter l'angoisse après l'avoir déplacée sur quelque chose d'anodin
Minimisation de l'agressivité	Présence de minimisation de la pulsion agressive
Identification avec l'agresseur	S'identifie à l'agresseur plutôt qu'à la victime, insiste sur la peur qu'il peut provoquer chez l'autre
Lutte contre le rapprochement et la dépendance	L'opposition est une forme de lutte contre la dépendance
Renversement en son contraire	Lorsque l'objet devient son contraire
Défenses hypomaniaques	Défense contre la dépression ou le manque (par le rire, en rendant inoffensif et petit...)
Défense par la réalité	Nécessité de prendre appui sur le réel. Incapacité à supporter l'angoisse liée à l'émergence pulsionnelle
Répression	Mouvement de rétention permettant de bloquer l'émergence d'un fantasme
Externalisation	Accusation de l'extérieur

Tableau 3

Indicateurs utilisés pour l'analyse des protocoles de TAT (suite)

Indicateurs	Description
Mécanismes de défense (suite)	
Lutte contre la dépression	Négation de la dépression
Mise à distance	Recours à des indices temporels
Intellectualisation	Présence d'intellectualisation
Processus de pensée	
Erreurs syntaxiques	Présence d'erreurs syntaxiques fréquentes
Erreurs de logique	Présence d'erreurs de logique dans les histoires
Stéréotypie du discours	Présence de stéréotypie dans les mots utilisés par l'individu pour raconter les histoires
Stéréotypie des contenus	Présence de stéréotypie dans les contenus apportés dans les histoires
Rapport avec la réalité	Intacte
Langage traduisant l'intensité	Langage qui traduit l'intensité de l'affect, de la pensée, souvent par l'utilisation d'adverbes
Mentalisation	Jeu avec l'imaginaire. Utilisation du conditionnel.
Conscience interprétative	Conscience de la représentation, conscience de la pluralité des significations

Déroulement

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières en date du 5 août 2013. Le numéro du certificat d'éthique est le CER-13-191-06.16. Par la suite, les psychologues de la région ont été contactés afin de recruter les participants.

Chaque participante (mère) a été rencontrée à une reprise lors d'une entrevue semi-structurée. Cette rencontre consistait en la signature d'un formulaire de consentement libre et éclairé (incluant le consentement des deux parents pour l'enfant) concernant la participation à cette étude aux fins de recherches. De plus, un questionnaire préliminaire a été complété par les mères.

Par la suite, le PDQ-4 a été administré aux mères dans le but de confirmer le diagnostic de TPL. Subséquemment, le TAT a été administré aux enfants afin d'évaluer leur développement intrapsychique. Les rencontres avec les enfants se sont effectuées en l'absence de leurs mères.

Suivant la passation des instruments de mesure, le TAT a été corrigé et interprété à l'aide de la méthode d'analyse du Groupe de Lausanne complété par quelques ajouts du système de Shentoub. Dans cette étude, les protocoles de TAT ont été vérifiés par un autre correcteur pour s'assurer de l'exactitude des données recueillies.

Résultats

Cette quatrième partie présente les résultats obtenus durant l'expérimentation. Elle débute par la présentation des données concernant la situation actuelle des enfants évalués. Par la suite, un tableau des résultats de l'analyse des trois protocoles est présenté¹.

Données concernant la situation actuelle des enfants

Enfant 1

Cette enfant unique, âgée de 9 ans, habite avec ses deux parents. Sa mère a 41 ans. L'enfant a un rendement scolaire dans la moyenne. Elle est généralement appréciée des autres et tend à être une « leader ». La mère décrit sa fille comme ayant confiance en elle mais qui craint l'échec et le rejet.

Enfant 2

L'enfant est âgée de 8 ans et a un plus jeune frère. Elle vit avec ses deux parents. L'enfant obtient de bons résultats scolaires, se situant dans la moyenne. Elle a présenté des difficultés de langage en bas âge et a été suivie par une orthophoniste en bas âge. L'enfant est plutôt réservée, a un côté solitaire et peut être influençable par les autres. La

¹ Les protocoles complets de TAT de chaque enfant ne se retrouvent pas dans cet essai afin de préserver la confidentialité des participants.

mère rapporte que sa fille obéit les règles et a parfois besoin d'être encouragée dans certaines activités car elle tend à se dénigrer.

Enfant 3

Cette enfant est âgée de 11 ans et a une sœur cadette. Sa mère qui a 34 ans, s'est séparée du père des enfants il y a deux ans. Les parents ont une garde partagée et l'enfant habite avec chaque parent durant une semaine. L'enfant présente un rendement académique se situant au-dessus de la moyenne. L'enfant est exigeante envers elle-même et réagit à des notes moyennes comme s'il s'agissait d'un échec. La mère nomme qu'elle peut être assez exigeante envers sa fille au niveau académique. Cette dernière rapporte des difficultés entre ses deux filles; une forte rivalité est remarquée, et ce, depuis la naissance de la fille cadette.

Le Tableau 4 ci-dessous présente les analyses des trois protocoles de TAT des enfants. Les indicateurs sont présentés selon six catégories : la relation d'objet, les limites, le moi, l'angoisse, les mécanismes de défense et les processus de pensée. Chaque indicateur présent dans les protocoles respectifs est coché dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4

Résultats de l'analyse des trois protocoles de TAT

	Protocoles		
	1	2	3
Relation d'objet			
Appels à l'examineur		X	
Attitudes infantiles	X		
Fétichisme			
Relation anale à l'objet	X	X	X
Relation d'objet anaclitique			
Relation d'emprise			
Perversion de la relation			
Relation agressive à l'objet	X	X	X
Objet partiel			
Dénigrement de l'objet	X		
Dénigrement des planches	X	X	X
Relation objectale non gratifiante	X		X
Renversement de rôles	X	X	X
Thèmes de séduction	X		
Figure maternelle			
Figure paternelle			
Relation de triangulation			
Limites			
Confusion de classes			
Confusion sujet/objet			
Confusion intérieur/extérieur			
Confusion fantasme/réalité			
Surinvestissement			

Tableau 4

Résultats de l'analyse des trois protocoles de TAT (suite)

	Protocoles		
	1	2	3
Moi			
Présence d'un thème affectif	X	X	X
Manifestation affective	X	X	
Incohérence de l'affect			
Narcissisme		X	
Self grandiose			
Thème de la honte			
Carence surmoïque			
Conflits internes	X		
Imagos parentales	X	X	X
Dépendance infantile			
Fixations anales		X	
Aspects masochistes		X	
Toute-puissance	X	X	X
Identité	X	X	X
Identité sexuelle	X		
Moi intégré			
Angoisse			
Persécution	X	X	X
D'intrusion			
D'abandon/de la perte	X	X	X
Anaclitique	X		
De la faille narcissique			
Du rapprochement			
Du vide	X	X	X
Dépressive	X	X	X

Tableau 4

Résultats de l'analyse des trois protocoles de TAT (suite)

	Protocoles		
	1	2	3
Mécanismes de défense			
Déni			
Projection	X	X	
Clivage	X		
Dévalorisation/Idéalisation	X		
Négation			
Érotisation de l'angoisse			
Minimisation de l'agressivité	X	X	X
Identification avec l'agresseur			
Lutte contre le rapprochement et la dépendance			X
Renversement en son contraire			
Défenses hypomaniaques	X		X
Défense par la réalité	X	X	
Répression			
Externalisation			
Lutte contre la dépression			
Mise à distance			
Intellectualisation			
Processus de pensée			
Erreurs syntaxiques			
Erreurs de logique			
Stéréotypie du discours			
Stéréotypie des contenus			

Tableau 4

Résultats de l'analyse des trois protocoles de TAT (suite)

	Protocoles		
	1	2	3
Processus de pensée (suite)			
Rapport avec la réalité	X	X	X
Langage traduisant l'intensité	X		
Mentalisation	X		X
Conscience interprétative			

Discussion

Cette cinquième et dernière partie présente la discussion. Elle débute par une description des cas à l'étude, se poursuit par la présentation des éléments communs aux trois cas à l'étude ainsi que les liens entre les résultats obtenus et la présence d'un TPL chez la mère. Par la suite, une section est dédiée aux apports et implications au niveau clinique des résultats obtenus. Enfin, nous abordons les forces et les faiblesses de cette étude.

Description des cas à l'étude

Enfant 1

L'analyse du protocole révèle la présence des indicateurs suivants en ce qui concerne la relation d'objet : attitudes infantiles, relation anale à l'objet, relation agressive à l'objet, dénigrement de l'objet, dénigrement des planches, relation objectale non gratifiante, renversement de rôles et thèmes de séduction. Au niveau des limites, aucun indicateur n'est soulevé. Dans la catégorie du moi, les indicateurs suivants ont été ciblés : présence d'un thème affectif, manifestation affective, conflits internes, imagos parentales, toute-puissance, identité et identité sexuelle. La section angoisse expose les indicateurs suivants : persécution, abandon/perte, anaclitique, vide et dépressive. Les indicateurs constituant la catégorie des mécanismes de défense sont : projection, déni, dévalorisation/idéalisation, minimisation de l'agressivité, défenses hypomaniaques et défense par la réalité. Enfin, dans les processus de pensée, les indicateurs ayant été notés

sont le rapport avec la réalité, le langage traduisant l'intensité et la mentalisation. En résumé, cet enfant présente différentes particularités dont le niveau d'angoisse étant le plus élevé des trois cas à l'étude ainsi que le plus grand nombre de mécanismes de défense utilisés, selon les indicateurs cochés dans ces catégories respectives.

Enfant 2

L'analyse du deuxième protocole met en lumière les indicateurs suivants en ce qui concerne la relation d'objet : appels à l'examineur, relation anale à l'objet, relation agressive à l'objet, dénigrement des planches et renversement de rôles. Aucun indicateur n'est noté au niveau des limites. Dans la section du moi, la présence d'un thème affectif, manifestation affective, narcissisme, imagos parentales, fixations anales, aspects masochistes, toute-puissance et identité sont soulevés comme indicateurs. Dans la catégorie de l'angoisse, les indicateurs comprennent : persécution, abandon/perte, vide et dépressive. Les indicateurs identifiés dans la catégorie des mécanismes de défense sont la projection, la minimisation de l'agressivité et la défense par la réalité. Finalement, le rapport avec la réalité est le seul indicateur présent dans la section des processus de pensée. En bref, cet enfant est la seule à avoir rempli l'indicateur se rapportant aux appels à l'examineur, ainsi de tenter de rendre l'examinatrice sa complice. De plus, de nombreux indicateurs dans la catégorie du moi ont été relevés en comparaison des deux autres enfants, c'est-à-dire que des aspects du narcissisme, du masochisme et des fixations anales sont particuliers à son profil.

Enfant 3

Le troisième protocole révèle la présence de ces indicateurs dans la section de relation d'objet : relation anale à l'objet, relation agressive à l'objet, dénigrement des planches, relation d'objet non gratifiante et renversement des rôles. La catégorie des limites ne contient aucun indicateur. La section du moi comprend la présence de ces indicateurs : présence d'un thème affectif, imagos parentales, toute-puissance et identité. Les indicateurs soulevés dans la section de l'angoisse sont : persécution, abandon/perte, vide et dépressive. Les mécanismes de défenses identifiés sont : minimisation de l'agressivité, lutte contre le rapprochement et la dépendance ainsi que les défenses hypomaniaques. Finalement, les indicateurs ciblés dans les processus de pensée sont le rapport avec la réalité ainsi que la mentalisation. Le protocole de cet enfant semble être le plus uniforme de ceux à l'étude. En effet, ce profil est celui qui présente la plus grande cohérence; les histoires racontées comprennent pratiquement toutes les mêmes indicateurs.

Éléments communs aux trois cas à l'étude

Plusieurs indicateurs sont communs dans les trois protocoles évalués et sont présentés ci-dessous.

En ce qui a trait à la relation d'objet, les indicateurs communs aux trois enfants évalués sont la relation anale à l'objet, la relation agressive à l'objet, le dénigrement des planches et le renversement de rôles. Ainsi, la relation d'objet se caractérise par la

relation dominant/dominé entre l'homme et la femme et/ou les parents et les enfants. La relation est teintée d'agression subie par les enfants. Ensuite, un dénigrement du matériel projectif (planches du TAT) est noté. Par exemple, dans un des protocoles des enfants, à la planche 11, l'enfant affirme « c'est bizarre ça ». Finalement, il y a présence de renversement de rôles dans le contenu des histoires des enfants.

Pour les trois cas, il ne ressort aucun indicateur au niveau des limites. Ainsi, il est possible de conclure qu'aucun trouble des limites n'est présent pour ces trois enfants.

Dans la catégorie du moi, les indicateurs communs aux trois protocoles sont la présence d'un thème affectif, les imagos parentales, la toute-puissance ainsi que l'identité. De ce fait, nous avons détecté la présence d'affect dans les histoires obtenues. De plus, les imagos parentales étaient insatiables sur le plan narcissique. Puis, la toute-puissance se traduit par un jugement sur les planches du TAT et enfin, l'identité est constituée et différenciée du non-moi. À titre d'exemple de présence d'affect dans les histoires, à la planche 7GF, dans un des protocoles, l'enfant dit : « C'est l'histoire d'une petite fille qui est triste ».

Il ressort quatre angoisses communes aux trois cas à l'étude; celle de la persécution, de l'abandon/de la perte, du vide et dépressive. De la sorte, une méfiance notée par des précautions verbales, des attributions d'intentions aux auteurs, des références militaires et des préoccupations pour les apparences trompeuses est identifiée. Ensuite, la présence

d'angoisse de perte d'objet ainsi que l'ennui qui occupe une place importante et qui correspond à un sentiment de vide sont identifiées. Finalement, l'angoisse dépressive est soulevée et survient lorsque les enfants ont imaginés que l'objet risque de leur faire défaut. L'angoisse dépressive est notée dans un des protocoles à la planche 13B, tel que l'exemple l'illustre : « Mais le garçon n'a pas d'amis pour jouer car ils sont partis dans leurs familles. Il est triste, il ne sait pas quoi faire ».

Au niveau des mécanismes de défense, le seul élément commun est la minimisation de l'agressivité qui survient lorsque l'enfant évalué minimise la pulsion agressive. Dans un des protocoles, l'enfant affirme : « Comme un dragon dans la montagne qui surveille. Il veut pas que les gens aillent dans la montagne. Y'a un gros animal là sur le pont. Il s'en va chez lui. Il a pas peur du dragon. C'est peut-être son ami ».

Enfin, le rapport intact avec la réalité est le processus de pensée commun aux trois cas étudiés.

Les résultats obtenus dans cet essai sont semblables à certains résultats obtenus dans les études antérieures. Les études de Danti, Adams et Morrison (1985) ainsi que de Macfie et Swan (2009) ont, entre autre, fait état de présence de renversement de rôles dans les histoires des enfants, d'une peur de l'abandon pouvant être observée dans les comportements des enfants ainsi que des attentes négatives des enfants face aux relations mère-enfant et père-enfant. Dans le présent essai, les trois enfants ont présenté

des renversements de rôles dans le contenu de leurs récits (relation d'objet). De plus, l'angoisse d'abandon et de la perte est omniprésente dans les trois protocoles évalués. Enfin, la présence de l'indicateur d'imagos parentales (moi) indiquant des parents insatiables sur le plan narcissique ainsi que l'absence des indicateurs de figure maternelle et figure paternelle (relation d'objet) représentant des figures parentales respectivement ayant des fonctions soutenantes et de tiers, concordent avec les attentes négatives des enfants face aux relations parent-enfant tel que soulevé par Macfie et Swan (2009).

Lien avec les résultats obtenus et la présence d'un TPL chez la mère

Il est possible de faire des liens entre les résultats obtenus dans cette étude ainsi que les caractéristiques du TPL.

Tout d'abord, en lien avec la relation d'objet, une des caractéristiques de ce trouble est que l'individu vit de l'instabilité affective ainsi que des accès de colère intenses par moments. En effet, les auteurs d'approche psychodynamique mentionnent que le manque de tolérance à l'angoisse que vivent les individus présentant un TPL peut mener à des pertes de contrôle des pulsions. Ainsi, lorsque la mère vit un épisode de perte de contrôle pulsionnel et est incapable de se réguler au niveau émotionnel, l'enfant peut percevoir cet épisode comme une agression. Dans notre étude, l'indicateur de relation agressive à l'objet précise que les trois cas à l'étude perçoivent dans leurs relations d'objet, de l'agression subie. Il est également noté que les enfants ont tendance à

dénigrer les planches. De plus, il est possible de supposer que les renversements de rôles entre l'enfant et sa mère surviennent dans des moments où la mère vit des moments de turbulence émotionnelle. L'enfant prend donc un rôle parental avec son parent, dans le but d'apaiser la souffrance de ce dernier.

Il est également possible de faire des liens entre les indicateurs obtenus dans la catégorie du moi. Ainsi, l'indicateur d'imagos parentales, défini comme étant la perception de parents insatiables sur le plan narcissique peut être compris par l'impossibilité pour la mère souffrant d'un TPL de nourrir narcissiquement son enfant, puisqu'elle même souffre d'une maladie du narcissisme, tel que le nomme Bergeret (2004). Quant à l'angoisse, deux des indicateurs retrouvés dans les protocoles évalués réfèrent à de la persécution et à l'abandon/perte d'objet. En premier lieu, l'enfant peut commencer à craindre ces rejets maternels, qui peuvent survenir à des moments inappropriés et incompréhensibles pour ce dernier. Ainsi, une méfiance peut s'installer et une angoisse de persécution peut être vécue, particulièrement si l'enfant internalise ce clivage et lui fait sentir qu'il alterne entre un être bon et un être mauvais, selon les humeurs de la mère. Puis, l'enfant peut aussi développer une réelle angoisse d'abandon de la part de la mère. Enfin, la mère pouvant osciller entre des états émotionnels extrêmes si rapidement, elle peut parfois manquer de disponibilité à répondre aux besoins affectifs de son enfant. Donc, l'enfant peut manifester une angoisse du vide, percevant son objet maternel comme n'étant pas satisfaisant.

En lien avec les mécanismes de défense, l'indicateur de minimisation de l'agressivité a été identifié comme étant commun aux trois cas à l'étude. De la sorte, il est possible de poser comme hypothèse que les enfants vivant avec des mères ayant un TPL ont tendance à minimiser la pulsion agressive puisqu'ils la perçoivent probablement comme étant potentiellement destructrice. Un des mécanismes de défense le plus utilisé par les individus présentant un TPL est le clivage. Ainsi, les enfants des mères souffrant d'un TPL peuvent être objets de clivage et être rejetés s'ils sont perçus comme frustrants et menaçants pour la mère. De plus, les individus ayant un TPL possèdent un bon *testing* de la réalité et l'indicateur du rapport avec la réalité démontre que ce dernier est intact dans les trois protocoles, ce qui est un résultat qui était attendu. Finalement, contrairement à ce qui serait attendu, les enfants ne présentaient pas de trouble des limites. En effet, selon Bergeret (2004) et Kernberg (1997), les individus ayant un TPL présentent pourtant certains troubles des limites.

Apports et implications au niveau clinique

Les résultats de cette étude permettent de mieux comprendre le développement intrapsychique chez les enfants ayant une mère souffrant du TPL et les aspects qui devraient être ciblés lors d'interventions familiales et/ou individuelles chez l'enfant. En effet, cette étude permet de mettre en lumière les angoisses que vivent ces enfants, la relation d'objet internalisée, les mécanismes de défense qui se déploient ainsi que de comprendre comment la construction du moi s'effectue; tous des éléments pouvant être des pistes thérapeutiques. Dans des contextes où un diagnostic de TPL est donné à un

adulte et dans les groupes de thérapie pour personnes présentant un TPL, il pourrait être intéressant ainsi qu'important que les professionnels traitants s'informent quant à la présence ou non d'enfants chez son patient ou sa patiente. Les interventions précoces chez cette population d'enfants pourraient aider grandement ces derniers à négocier les tâches développementales, dans le but de s'épanouir et réaliser les acquisitions sur les plans émotionnels, cognitifs, sociaux et moteurs, le plus sainement possible.

Forces et limites

Tout d'abord, notre population est constituée de trois mères et d'un de leur enfant chacune. Ainsi, nos résultats ne peuvent être généralisés à une population d'enfants de mères ayant un TPL. Il s'agit plutôt d'une étude exploratoire. De plus, les mères sont des patientes de psychologues qui pratiquent au privé, ce qui nous donne un indice au niveau de leur fonctionnement intrapsychique. En effet, les mères semblent avoir les moyens financiers de se payer des traitements psychologiques; il est possible que ceci reflète leur niveau de fonctionnement (capacité à garder un emploi) qui risque d'être plus élevé que si nous étions en présence d'une population plus large et de niveaux socioéconomiques plus variés. De plus, un seul enfant par famille a été invité à participer à l'étude, considérant qu'ils étaient en âge scolaire. Ceci ne nous a pas permis de comparer deux enfants issus d'une même famille et ainsi comprendre davantage le vécu partagé avec la mère. En revanche, une force de cette étude est que nous avons approfondi l'évaluation psychologique de ces enfants au niveau intrapsychique (par l'usage d'un test projectif), ce que très peu d'études ont fait dans le passé (mesures comportementales et

observables). De plus, l'approche du Groupe de Lausanne, méthode clinique et qui explore différentes facettes des protocoles (en comparaison aux autres méthodes d'analyse), nous a permis d'obtenir de l'information qualitative sur le monde intrapsychique de ces enfants.

Dans le futur, il serait intéressant de répliquer l'étude avec une population plus nombreuse et de milieux socioéconomiques différents. En ajout, une étude de cas ultérieure pourrait se pencher sur le fonctionnement intrapsychique de plusieurs enfants d'une même famille pour ainsi comprendre davantage le développement de leur fonctionnement intrapsychique en situation similaire de vécu familial. Ce type d'étude pourrait également permettre d'explorer des variables telles que la résilience chez ces enfants, entre autre en documentant les relations de ces enfants avec d'autres adultes significatifs. Il pourrait aussi être intéressant de s'intéresser à la transmission intergénérationnelle du TPL sous un angle intrapsychique. De plus, il serait pertinent d'effectuer cette étude en ajoutant d'autres instruments de mesures, dont le Rorschach. L'évaluation psychologique pourrait être plus complète avec l'usage de plusieurs mesures. Enfin, une autre possibilité serait d'évaluer des enfants dont les pères présentent un TPL, afin de comparer leurs développements intrapsychiques de ceux dont les mères ont un TPL.

Rapport-Gratuit.com

Conclusion

En conclusion, l'objectif de cette étude était d'évaluer le fonctionnement intrapsychique des enfants qui ont une mère ayant un TPL. Ce travail a permis de mettre en lumière le développement intrapsychique chez les enfants qui vivent avec une mère présentant un TPL. Les expériences précoces à l'enfance marquent et façonnent notre psyché et notre mode relationnel. Ainsi, les enfants de mères souffrant du TPL semblent développer des angoisses préœdipiennes d'abandon, de vide, de perte et de persécution. La relation d'objet internalisé de l'enfant se caractérise par une relation anale et agressive à l'objet. De plus, ces enfants se retrouvent bien souvent dans des situations de renversements de rôles avec leurs mères. Les mécanismes de défenses mis en place par ces enfants ne sont pas des mécanismes de défense de très haut niveau. Toutefois, contrairement à ce qui était attendu, les enfants ne semblent pas présenter de problèmes au niveau des limites. Ainsi, cette étude amène des pistes de réflexions pertinentes en regard de l'intervention.

Références

- Ainsworth, M. D. & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development, 41*, 49-67.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Apter-Danon, G., & Candilis-Huisman, D. (2005). A challenge for perinatal psychiatry: Therapeutic management of maternal borderline personality disorder and their very young infants. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation, 2*(5), 302-314.
- Barends, N. R. (2003). *Maternal borderline personality characteristics and family functioning* (Doctoral dissertation). The Pennsylvania State University, Dissertation Abstracts International, 63, 4360.
- Barnow, S., Spitzer, C., Grabe, J. H., Kessler, C., & Freyberger, H. J. (2006). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*(8), 965-972.
- Bergeret, J. (2004). *Psychologie pathologique : théorique et clinique*. Paris : Masson.
- Crawford, T. N., Cohen, P. R., Chen, H., Anglin, D. M., & Ehrensaft, M. (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology, 21*(3), 1013-1030.
- Danti, J., Adams, C., & Morrison, T. L. (1985). Children of mothers with borderline personality disorder: A multimodal clinical study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 22*(1), 28-35.
- Davison, S., Leese, M., & Taylor, P. J. (2001). Examination of the screening properties of the personality diagnostic questionnaire 4+. *Journal of Personality Disorders, 15*(2), 180-194.

- Feldman, R. B., Zelkowitz, P., Weiss, M., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1995). A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *36*(2), 157-163.
- Herr, N. R., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2008). Maternal borderline personality disorder symptoms and adolescent psychosocial functioning. *Journal of Personality Disorders*, *22*(5), 451-465.
- Hobson, R. P., Patrick, M., Crandell, L., Garcia-Pérez, R., & Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *17*(2), 329-347.
- Husain, O., & Boucher, L. (2007). *Tableaux synthèses des structures et organisations de la personnalité pour l'analyse psychodynamique du discours aux méthodes projectives du Rorschach et du T.A.T.* Montréal.
- Kernberg, O. (1997). *Les troubles limites de la personnalité.* Paris : Dunod.
- Labrosse, R., & Leclerc, C. (2007). *Trouble de personnalité limite et réadaptation.* Québec : Éditions Ressources.
- LaPlanche, J., Pontalis, J. B., & Lagache, D. (1968). *Vocabulaire de la psychanalyse* (2^e édition rév.). France : Presses Universitaires de France.
- Lefebvre, J. (2001). *Comparaison d'individus avec et sans trouble de personnalité limite quant aux indices de troubles de la pensée au Rorschach* (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Macfie, J., & Swan, S. A. (2009). Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *21*(3), 993-1011.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis, 2nd ed.: Understanding Personality Structure in the Clinical Process.* New York: The Guilford Press.
- Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009) The many faces of the Still-Face Paradigm: A review and meta-analysis. *Developmental Review*, *29*(2), 120-162.
- Rossel, F., Husain, O., Merceron, C., & Fayet, R. (2001). Techniques projectives : réflexions sur l'enseignement et la formation. Perspectives du Groupe de Lausanne. *Bulletin de psychologie*, *54*(5), 480-486.

- Schacht, R., Hammond, L., Marks, M., Wood, B. & Conroy, S. (2013). The relation between mind-mindedness in mothers with borderline personality disorder and mental state understanding in their children. *Infant and Child Development*, 22(1), 68-84.
- Shentoub, V. et coll. (1998). *Manuel d'interprétation du TAT: approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
- Weiss, M., Zekowitz, P., Feldman, R. B., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: A pilot study. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 41, 285-290.

Appendice A
Définition des mécanismes de défense

Clivage : Mécanisme décrit par Mélanie Klein et considéré comme la défense la plus primitive pour lutter contre l'angoisse et préserver l'estime de soi. Manière puissante et attrayante de faire sens d'expériences complexes, particulièrement lorsqu'elles sont menaçantes et qu'elle créés de la confusion. L'objet visé par les pulsions érotiques et destructives est scindé en un « bon » et un « mauvais » objet.

Idéalisation primitive : Processus psychique par lequel les qualités et la valeur de l'objet sont perçues comme étant parfaites. L'identification à l'objet idéalisé permet en partie à la formation et à l'enrichissement des instances dites idéales de la personne telles que le moi idéal et l'idéal du moi. Un dérivé de l'idéalisation ainsi que la croyance associée à la perfection est que les imperfections du soi sont difficiles à tolérer. L'éventuelle fusion avec l'objet idéalisé permet de combattre cette croyance. L'idéalisation primitive permet aussi de préserver l'objet, visé des pulsions agressives et destructives.

Projection : Processus par lequel le sujet se trompe à croire que ce qui est à l'intérieur provient de l'extérieur. Opération par laquelle le sujet expulse de soi place dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments et/ou des désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui. Ce mécanisme de défense est d'origine très archaïque et l'on le retrouve à l'œuvre particulièrement dans la paranoïa.

Identification projective : Fusion de mécanismes de projection et d'introjections dans lequel la personne perçoit l'objet de manière déformée, déterminée par ses relations d'objet passées. Le sujet introduit sa propre personne en totalité ou partiellement dans l'autre, de manière fantasmatique, afin de lui nuire, le posséder et le contrôler.

Déni : Mécanisme de défense archaïque consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception désagréable ou traumatisante.

Omnipotence : Mécanisme de défense durant lequel l'individu sent ou agit comme s'il possédait des capacités ou des pouvoirs supérieurs aux autres, comme manière de gérer des conflits émotionnels ou des facteurs de stress internes ou externes.

Refoulement : Opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient une disposition interne ou une circonstance externe qui est bouleversante ou qui cause de la confusion chez le sujet. Ce processus peut s'appliquer à la totalité d'une expérience, l'affect rattaché à une expérience ou à des fantaisies et désirs associés à l'expérience.

Sublimation : Mécanisme de défense considéré comme étant le plus adapté dans lequel les pulsions et conflits du sujet prennent une saillie particulière et sont dirigés de manière créative vers des activités utiles et productives. Selon Freud, ce processus naîtrait dans la force de la pulsion sexuelle, sans pour autant que les activités n'aient rapport avec la sexualité. La pulsion sublimée est dérivée vers un nouveau but non sexuel et elle vise des objets socialement valorisés (créations artistiques, investissements intellectuels).

Processus primaires : du point de vue topique, ils caractérisent le système inconscient; du point de vue économique-dynamique, ils se caractérisent par l'énergie psychique qui s'écoule librement, passant d'une représentation à une autre usant des mécanismes tels que le déplacement et la condensation.

Acting out : Opération préverbale par lequel le sujet met en action ce qui ne peut exprimer en mots. Comportement guidé par des besoins inconscients associés à des désirs et fantasmes interdits et des peurs fortement bouleversants qui prennent une forme auto- ou hétéro-agressive.

Appendice inspiré par Laplanche, Pontalis et Lagache (1968) ainsi que le livre de McWilliams (2011).

Appendice B

Lettre d'information et formulaires de consentement

LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche intitulé Le fonctionnement intrapsychique d'enfants dont la mère présente un trouble de la personnalité limite réalisé par Rachel Jones Cadieux, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, dirigée par Julie Lefebvre, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Votre participation à la recherche et celle de votre enfant, qui vise à mieux comprendre le fonctionnement intrapsychique d'enfants dont la mère présente un trouble de la personnalité limite, seraient grandement appréciées.

Objectif

L'objectif de ce projet de recherche est d'examiner le fonctionnement intrapsychique (gestion des émotions, perception de soi, gestion des relations avec les autres) d'enfants dont la mère a un trouble de personnalité limite. Cette recherche vise à améliorer la compréhension du trouble de la personnalité limite en lien avec le fonctionnement intrapsychique de son enfant.

Les renseignements fournis dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche, ainsi que celle de votre enfant, et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche, ainsi que celle de votre enfant, consisteront, dans un premier temps, à une rencontre d'environ 1 heure qui aura lieu dans un local de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Lors de cette rencontre, vous devrez d'abord donner votre consentement à la recherche et répondre à un questionnaire comportant des questions sur vous-même et votre enfant. Les questions portant sur vous-même concernent des informations sociodémographiques (âge, nombre d'enfants, occupation, etc.). Les questions portant sur votre enfant ont trait à des informations sur son environnement familial, sur ses difficultés psychologiques et sociales (s'il y a lieu), sur ses forces et son historique de consultations.

Par la suite, une deuxième rencontre, d'une durée d'environ 1h30, aura lieu à l'Université du Québec à Trois-Rivières avec votre enfant afin de lui administrer un test psychologique pour évaluer son fonctionnement intrapsychique, tel que sa capacité de gestion des émotions, sa perception de lui-même, sa capacité de gestion de ses relations avec les autres. Ce test sera administré par la responsable du projet, Rachel Jones Cadieux. Au même moment, vous remplirez un questionnaire qui permettra d'évaluer vos traits de personnalité. Une assistante de recherche sera présente avec vous et sera disponible pour répondre à vos questions sur le questionnaire, s'il y a lieu.

Les deux rencontres auront lieu dans un local de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Chacune des rencontres sera enregistrée sur support audio. Les enregistrements seront utilisés uniquement dans le but de réécouter le contenu des rencontres, afin de s'assurer de l'exactitude des informations recueillies. Le tableau suivant illustre de manière plus détaillée les moments où vous et votre enfant serez rencontrés, la durée de chacune de ces rencontres et le nombre de tests qui vous seront administrés.

Tâche détaillée pour la recherche

Moment des rencontres	Durée des rencontres	Nombre de tests administrés
Rencontre avec la mère	Environ 1 heure	1- Un questionnaire préliminaire visant à recueillir de l'information sociodémographique sur la mère et sur l'environnement familial, les difficultés, les forces et l'historique de consultation de l'enfant
Rencontre avec l'enfant Questionnaire à remplir par la mère	Environ 1h30	1- Un test psychologique pour évaluer le fonctionnement intrapsychique de l'enfant. 2- Au moment où l'enfant passe le test psychologique, la mère remplira un questionnaire pour évaluer ses traits de personnalité

Les tests utilisés ne requièrent aucune connaissance particulière; il s'agit de répondre spontanément aux questions posées. Si vous ou votre enfant en ressentez le besoin, il sera possible de prendre une pause lors de la passation des tests.

Risques, inconvénients, inconforts

Le temps consacré au projet demeure l'inconvénient principal pour vous et votre enfant. Si les rencontres vous font vivre des émotions difficiles, vous serez référé à votre psychologue traitant. Si la rencontre avec l'enfant lui fait également vivre des émotions difficiles, une liste de ressources (ex. : la Clinique universitaire en psychologie) vous sera remise.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances dans le domaine de la psychologie est le bénéfice direct prévu à votre participation et celle de votre enfant. De plus, les rencontres seront une occasion de vous exprimer sur votre vécu personnel. Enfin, un montant de 20\$ vous sera remis à la fin de la deuxième rencontre pour vous remercier de votre participation.

Confidentialité

Les données recueillies dans cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification et celle de votre enfant. La confidentialité sera assurée par l'attribution d'un numéro de dossier aux participants de la recherche. La diffusion des résultats de la recherche ne permettront en aucun cas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans le bureau de Julie Lefebvre, directrice de recherche de Rachel Jones Cadieux, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les données seront détruites à la fin du projet et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude, ainsi que celle de votre enfant, se font sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Le refus de participer au projet de recherche n'aura aucun effet sur les services qui vous sont offerts par votre psychologue traitant. La chercheuse se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Julie Lefebvre au 819-376-5011, poste 3539, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et directrice de recherche de Rachel Jones Cadieux, responsable du projet.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat a été émis en juillet 2013.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique au CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT D'APPEL TÉLÉPHONIQUE

J'accepte que Rachel Jones Cadieux, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, me contacte par téléphone, afin de me parler d'une recherche en cours intitulée «Le fonctionnement intrapsychique d'enfants dont la mère présente un trouble de la personnalité limite» à laquelle je pourrais éventuellement participer si je suis d'accord. Lors de l'appel téléphonique, je recevrai des informations sur la recherche et je serai libre par la suite de participer ou non à cette recherche.

Nom en lettres moulées

Date

Signature

Numéro de téléphone

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA MÈRE

Engagement de la chercheuse

Moi, Rachel Jones Cadieux, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____ confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet « Le fonctionnement intrapsychique d'enfants dont la mère présente un trouble de la personnalité limite ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte que les entrevues soient enregistrées sur magnétophone.

Il est à noter que les enregistrements ne seront pas utilisés pour des fins de diffusion.

Oui ___

Non ___

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant(e) :	Chercheuse :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ENFANT

Engagement de la chercheuse

Moi, Rachel Jones Cadieux, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Nous, _____ confirmons avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet « Le fonctionnement intrapsychique d'enfants dont la mère présente un trouble de la personnalité limite ». Notre enfant, étant d'âge mineur, ne peut consentir à cette étude de manière éclairée, nous consentons donc en tant que parents à ce que notre enfant _____, participe à l'étude ci-haut mentionnée. Nous avons bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de la participation de notre enfant. On a répondu à toutes nos questions à notre entière satisfaction. Nous avons disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à notre décision de participer ou non à cette recherche. Nous comprenons que notre participation est entièrement volontaire et que nous pouvons décider de nous retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

Nous acceptons que les entrevues soient enregistrées sur magnétophone.

Il est à noter que les enregistrements ne seront pas utilisés pour des fins de diffusion.

Oui ___

Non ___

Nous acceptons donc librement que notre enfant participe à ce projet de recherche

Nom de l'enfant :	Chercheuse :
Signature de la mère :	Signature :
Signature du père :	Nom :
Date :	Date :

Rapport-Gratuit.com

Appendice C
Questionnaire préliminaire

Questionnaire préliminaire

Numéro dossier : _____

Date : _____

INFORMATIONS SUR LA MÈRE

1. Âge : _____

2. Statut marital :

Marié(e) : _____
Conjoint(e) de fait : _____ Depuis quand? : _____
En couple : _____
Célibataire : _____
Séparé(e)/divorcé(e) : _____
Veuf(ve) : _____

3. Enfants et âge des enfants :

4. Niveau d'éducation complété : _____

5. Occupation actuelle : _____

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Âge de l'enfant : _____

INFORMATIONS FAMILIALES

Vit avec ses deux parents Avec un parent, lequel? _____

Garde partagée _____

Conjoint et autres enfants impliqués _____

État civil des parents de l'enfant :

- Célibataires
- Conjoint de fait nombre d'années _____
- Mariés date de mariage _____
- Séparés/divorcés date de séparation/divorce _____

Enfants habitant à la maison :

<u>Âge</u>	<u>Lien avec l'enfant</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Enfants habitant ailleurs :

<u>Âge</u>	<u>Lien avec l'enfant</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Rang de l'enfant dans la famille : _____

Autres personnes habitant avec la famille : (Indiquez le lien)

SITUATION ACTUELLE DE L'ENFANT

Indiquez toutes les difficultés notées au profil de votre enfant :

Décrivez son profil intellectuel (exemple : mémoire, attention, concentration, raisonnement logique, vocabulaire, abstraction, etc.) :

Décrivez son comportement social (exemple : relation avec les pairs, timide ou fonceur, leader ou influençable, capacité à prendre sa place, collaboration et coopération, etc.)

Décrivez son profil affectif (exemple : capacité à réagir à l'échec, autonomie, indépendance, confiance en soi, tempérament, gestion des difficultés, persévérance à la tâche, communication des idées et sentiments, réaction à l'autorité, etc.) :

À quel âge votre enfant a-t-il commencé à avoir ces problèmes?

Décrivez les principales forces rencontrées au quotidien chez votre enfant sur les plans intellectuel, social, affectif et psychomoteur :

Énumérez tous les événements importants qui ont eu lieu dans la famille au cours des deux dernières années (Ex: naissance, nouvel emploi, départ d'un enfant, déménagement, mortalité, chômage, longue vacance, maladie, séparation, etc.):

<u>Date</u>	<u>Événement</u>	<u>Adaptation de l'enfant</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Énumérez des événements plus anciens que vous trouvez importants et indiquez l'année :

<u>Date</u>	<u>Événement</u>	<u>Adaptation de l'enfant</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Votre enfant a-t-il déjà consulté un :

Psychologue Neuropsychologue

Nom du professionnel : _____

Évaluation et/ou Consultation

À quel moment (date et durée)? : _____

Pédopsychiatre Neurologue

Nom du professionnel : _____

Évaluation et/ou Consultation

À quel moment (date et durée)? : _____

Orthopédagogue Ergothérapeute

Nom du professionnel : _____

Évaluation et/ou Consultation

À quel moment (date et durée)? : _____

Audiologiste Orthophoniste

Nom du professionnel : _____

Évaluation et/ou Consultation

À quel moment (date et durée)? : _____

Travailleur/Intervenant(e) social Psychoéducateur TES

Nom du professionnel : _____

Évaluation et/ou Consultation

À quel moment (date et durée)? : _____

Décrivez votre relation avec votre enfant :

DOSSIER MÉDICAL

Décrivez les maladies que l'enfant a eues, les complications survenues s'il y a lieu, et l'âge qu'il avait à ce moment: (Ex: oreillons, roséole, varicelle, coqueluche, convulsions, rubéole, rougeole, maux d'oreilles et infections, rhumes, infections respiratoires, etc.)

<u>Maladies</u>	<u>Complications</u>	<u>Âge</u>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

L'enfant a-t-il subi des opérations? Si oui, donnez les détails et les dates :

<u>Date</u>	<u>Détails</u>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

L'enfant a-t-il eu des accidents graves? Si oui, donnez les détails et les dates :

<u>Date</u>	<u>Détails</u>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>