



HAL
open science

**Accès à la parentalité des femmes souffrant d'un trouble
de la personnalité de type borderline – interactions
précoces et attachement : une revue non systématique
de la littérature**

Morgane Derijard-Kummer

► **To cite this version:**

Morgane Derijard-Kummer. Accès à la parentalité des femmes souffrant d'un trouble de la personnalité de type borderline – interactions précoces et attachement : une revue non systématique de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01468857

HAL Id: dumas-01468857

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01468857>

Submitted on 15 Feb 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

Thèse N° 3163

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 3 novembre 2016

Par Mademoiselle Morgane DERIJARD-KUMMER

Née le 08/07/1987 à Montpellier (34)

**Accès à la parentalité des femmes souffrant d'un trouble
de la personnalité de type *borderline* – interactions précoces et attachement.**

Une revue non systématique de la littérature

Directeur de thèse

Madame le Docteur Anne-Laure SUTTER

Jury

Madame le Professeur Hélène VERDOUX présidente

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD juge

Madame le Professeur Marie TOURNIER juge

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ juge

Madame le Professeur Sylvie NEZELOF rapporteur

REMERCIEMENTS

À ma mère, ma maman « suffisamment bonne », notre complicité et nos échanges m'ont accompagnée tout au long de ces années et ont certainement contribué à mon choix du beau métier de psychiatre... Voilà ton fameux « passe ta thèse d'abord » enfin exaucé !

À mes frères et sœurs, Silvère (Sil), Héloïse (Iloo), Aliénor (Ali) et Tancrède (mon Doudou), merci pour nos jeux enfantins et notre complicité d'adultes malgré notre histoire un peu de travers. Je vous aime bande de nains ! À mon grand frère Benoît, merci pour ton soutien et ton amour à toute épreuve.

À mes grands-parents, merci pour votre gentillesse, votre générosité et votre humour. Merci de m'avoir toujours encouragée et soutenue. Grand-père, j'espère que tu liras attentivement ce travail et me donneras ton avis éclairé sur la question... vive l'atavisme !

À ma tante Pascale, Tata, merci pour nos conversations toujours authentiques et souvent drôles, merci pour ton soutien et ta présence.

À Pascal, mon « Papa devant dieu », merci de faire partie de ma vie, merci pour nos rires, nos débats, nos voyages et toutes ces choses que nous aimons partager.

À Agnès, ma marraine, merci pour ta présence à mes côtés depuis toutes ces années, merci pour ces conversations qui n'en finissent jamais, nos échanges littéraires et autres... À ton Francis, le meilleur cuisinier du Sud-Ouest.

À Antonin, merci d'avoir été là et de m'avoir supportée pendant ces longs mois malgré 10 000 km et mon sale caractère ! À nos retrouvailles et nos projets de vie à deux. À ta famille.

À mes 3G, mes gracieuses copines, parce que 2016 c'est aussi l'année de la THÈSE !! Merci pour cette belle amitié qui dure maintenant depuis plus de quinze ans, merci pour ces apéros vin rouge et kiri, ces challenges annuels improbables et inavouables. À Annette, 3G d'adoption, mon canard en sucre vanillé, merci pour ton énergie et ton éternel optimisme ! À Julie, ma poupette-kikette, pour nos délires partagés, des révisions du bac aux soirées parisiennes... À Géraldine, d'une première soirée adolescente sous un chapiteau lyonnais à un séjour réunionnais... À Fanny, d'un déjeuner (riz-saumon) à la table parentale à la fête des Fanfares ou autre apéro chez Juju... À Jeannette, de nos discussions dans ta chambre mansardée à Arrigas... À Camille, punky Camy, d'apéro en apéro (ou en expo parfois aussi, ok)... Notre amitié grandit et change avec nous mais ne faiblit pas ! Love love, cœur et paillettes (S.. à V...).

À Tiphaine, ma Micou d'amour et Myriam, ma Mimi chérie, merci d'être là depuis plus de dix ans. Merci pour votre prévenance, votre gentillesse et surtout votre tolérance à mon égard. Merci de m'avoir encouragée, soutenue, relevée parfois... À vos mecs, François et Sacha, Nono et Quentin. À mon Schtrumpfy. Ta Schtrumpfy.

Aux Piconneurs, Pascal (Charlie), Perrine (Maloc) et Louise (Mamour). Merci de m'avoir permis de fuir régulièrement les conférences d'internat pour vous retrouver autour d'un picon (enfin d'une blonde) chez Juju. Merci pour votre patience et votre soutien au fil de ces années et de mes aventures ! Merci pour ces folles soirées et à celles à venir !

À Stéphane, Soja, aux enthousiasmantes et folles conversations dont nous avons le secret, à celles qui viendront. Darkwitchement tienne, Chuck. M(édecin malgré elle).

À tous les copains montpelliérains avec mention spéciale pour mon Justin et son Yoyo ainsi qu'à leur bébé, à Mamandine et Thibault, à Marty... Trop heureuse de vous retrouver !

À la team mahoraise, Marine, Haïk, Chloé (ma Naiou), Flo et Mathos. Des plages de Mayotte à Paris, Bordeaux, Toulouse en passant par Montpellier, Noirmoutier, les Alpes ou les Pyrénées. Merci pour cette folle et forte amitié qui a perduré malgré nos vies mouvementées. Mathos-chou, coloc et amie de rêve, merci pour ta présence et ton soutien inconditionnel, merci pour nos soirées de folie ! Naiou, merci pour ta douceur et ta gentillesse, merci pour nos beaux voyages et nos échanges toujours drôles et tendres, à ton bébé qui pointera bientôt le bout de son nez ! À Floflo pour ton style et ton humour ravageurs. À Haïk et Marine pour nos échanges psychiatriquement instructifs...

À mes co-internes : Gus, Gaetouf, la Paille, Bopy. Aux internes croisés tout au long de mon internat : Mention spéciale à Orion, ma Côtelette, merci pour ces échanges passionnés et ces supervisions sans fin ! À Kevin, mon Kevinou, merci de n'être jamais d'accord avec moi, merci de me faire tant rire ! À Dim-Doum, meilleur randonneur ever ! À Bopy, merci pour ce look irréprochable et ce sourire à toute épreuve ! À Ma Caumont, pour nos soirées « coupettes » !! À Gus, merci pour ta gentillesse, et vive la bière du Ch'nord ! À Manu et Ismaïl pour m'avoir si gentiment accueillie lors de mon retour à Montpellier, aux soirées à venir. À Mahé, maman-mahou, merci pour ta porte toujours ouverte, ta générosité sans limite ! À Chacha, Glennou, Anaïs, Marion et les autres...

À Magali, qu'aurais-je fait cette année sans nos pseudo-cours de tennis, nos séances grimpettes et autres randonnées, tous autant de prétextes pluri-hebdomadaires à nos bavardages infinis, coups de gueule et autres débordements émotionnels. À Dudu, râleur impénitent mais tellement gentil à l'intérieur ! À vos deux gros (Anouk la Babouk et Mahé).

À Lolo, !! Hebrard !! À tes jeux de mots involontaires et à nos blagounettes à répétition. Merci d'avoir insisté pour que je devienne pédopsy, à notre future collaboration dans la joie et la bonne humeur...

Aux médecins que j'ai eu la chance de croiser au fil de mes stages : Laurent, Caro et Pierre avec qui j'ai découvert la psychiatrie, à l'équipe du Secop, à Oriane et Éléonore, Sophie et Marie-Laure, Marie-Joëlle, Vincent (presque Têtes raides), Michel (Psyderman), Fabienne et enfin à Delphine pour ton énergie débordante et tes coups de gueule salutaires !

Aux équipes soignantes rencontrées tout au long de ce parcours. Votre accueil et vos conseils m'ont guidée et accompagnée dans le difficile apprentissage du métier de psychiatre. Merci d'avoir été là.

Aux patients et à leur famille. À ces mamans et leurs bébés qui m'ont appris que devenir parent, cela s'apprend...

À notre rapporteur,

Madame le Professeur Sylvie NEZELOF,

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier

Service Universitaire de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,

Centre Hospitalier et Universitaire de Besançon

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger cette thèse en qualité de rapporteur.

Je vous remercie pour le temps que vous avez accordé à la lecture de mon travail et à l'élaboration de son rapport.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD,

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

C'est un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury.

Je vous remercie pour la richesse de votre enseignement ainsi que pour votre bienveillance à mon égard tout au long de mon internat.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

Madame le Professeur Marie TOURNIER,

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Unité Intersectorielle de Psychiatrie Adulte

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

C'est un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury.

Je vous remercie pour la richesse de votre enseignement tout au long de ma formation.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ,

Praticien Hospitalier

Unité de Pédopsychiatrie de liaison

Centre Hospitalier et Universitaire de la Réunion, Saint-Pierre

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Merci pour ton aide et tes encouragements tout au long de ce travail.

Je te remercie pour l'investissement dont tu fais preuve dans ta volonté de transmettre ton savoir, qu'il soit clinique ou théorique. Merci d'avoir encouragé mes ambitions pédopsychiatriques.

À notre Président,

Madame le Professeur Hélène VERDOUX,

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Chef du pôle universitaire de Psychiatrie de l'Adulte

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse, je vous en remercie.

Les semestres réalisés au sein de votre Pôle Universitaire ont particulièrement enrichi mes connaissances théoriques et ma pratique clinique.

Veillez trouver ici l'assurance de mon estime et de mon profond respect.

À notre directeur,

Madame le Docteur Anne-Laure SUTTER

Praticien Hospitalier

Réseau Mère-Enfant du Pôle universitaire de Psychiatrie de l'Adulte

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je te remercie d'avoir accepté de diriger mon travail et de m'avoir accompagnée tout au long de cette année.

Je te remercie également d'avoir éveillé mon intérêt pour la clinique de la psychiatrie périnatale, ces six mois passés dans ton service m'ont enrichie tant professionnellement qu'humainement.

Sois assurée de mon profond respect et de mon admiration.

Sommaire

Introduction	6
1. Psychiatrie périnatale et concept de parentalité	8
1.1. L'émergence d'une discipline : la psychiatrie périnatale.....	8
1.2. Parentalité : définition	8
2. Interactions précoces et théorie de l'attachement.....	12
2.1. De l'étude du développement précoce à l'observation des interactions mères-bébé et à la théorie de l'attachement	12
2.2. Les interactions précoces.....	14
2.2.1. Compétences du bébé	14
2.2.2. Les différents types d'interactions.....	16
2.2.3. Trouble des interactions : notions de synchronie et de sensibilité maternelle.....	18
2.2.4. Méthodes d'évaluation des interactions précoces	19
2.3. La théorie de l'attachement	20
2.3.1. Le système du <i>caregiving</i>	21
2.3.2. Mentalisation et fonction réflexive.....	22
2.3.3. Les MIO.....	23
2.3.4. Ontogénèse de l'attachement	24
2.3.5. Les différents types d'attachement	25
2.3.6. Neurobiologie et génétique de l'attachement.....	26
2.3.6.1. <i>Supports anatomiques</i>	26
2.3.6.2. <i>Rôle de l'ocytocine (OCT) et de la vasopressine (VP)</i>	29
2.3.6.3. <i>Rôle du stress : épigénèse de la transmission des modes d'attachement</i>	30
2.3.7. Attachement chez l'adulte et transmission intergénérationnelle de l'attachement.....	31
3. Le trouble grave de la personnalité de type <i>borderline</i> (TPB).....	35
3.1. Généralités sur les troubles de la personnalité	35
3.2. Définition du TPB : perspectives historiques.....	35
3.2.1. Précisions sémantiques : états limites et trouble de la personnalité <i>borderline</i>	35
3.2.2. Perspectives psychanalytiques.....	36
3.2.3. Approche nosographique récente : catégorielle versus dimensionnelle.....	38
3.3. Description clinique.....	39
3.3.1. Description psychopathologique	39
3.3.2. DSM-V.....	42
3.4. Épidémiologie	43
3.5. Stabilité du diagnostic et évolution	44
3.6. Comorbidités.....	45

3. 7. Étiopathogénie	46
3. 7. 1. Perspectives psychanalytiques.....	46
3. 7. 2. Abord neurobiologique du trouble	48
3. 7. 2. 1. Support biologique et vulnérabilité génétique.....	48
3. 7. 2. 2. Neuro-imagerie :.....	49
3. 7. 3. Vers un modèle épigénétique	50
4. Conséquences du trouble de la personnalité de type <i>borderline</i> sur la grossesse, les interactions précoces et le <i>caregiving</i>, impact sur l'attachement et le devenir des enfants	52
4. 1. Particularités de la grossesse et de la période du post-partum.....	52
4. 1. 1. Sur le plan médical	52
4. 1. 2. Sur le plan psychopathologique : émergence des processus de maternalité.....	53
4. 2. Un environnement global « à risque » du fait de la psychopathologie maternelle.....	54
4. 3. Trouble de la personnalité <i>borderline</i> et interactions précoces.....	55
4. 4. Troubles de la personnalité <i>borderline</i> et attachement chez l'enfant.....	61
4. 5. Devenir des enfants.....	64
4. 5. 1. Fonctionnement global	64
4. 5. 2. Différents types de troubles.....	65
4. 6. Vers l'hypothèse d'une transmission transgénérationnelle du trouble de la personnalité <i>borderline</i>.....	67
4. 7. Différences interindividuelles chez les enfants impactant la qualité des interactions et des processus de parentalité	70
5. La « parentalité <i>borderline</i> » comme modèle de trouble de la parentalité : réflexions sur les modalités de prise en charge de ces mères et leurs bébés.....	72
5. 1. Généralités : parentalité et santé mentale.....	72
5. 2. La « parentalité <i>borderline</i> » comme paradigmatique de la prise en charge des troubles de la parentalité : de la nécessité d'une approche pluridisciplinaire	76
5. 2. 1. Modalités de prises en charge existantes	78
5. 2. 1. 1. Interventions sur les interactions précoces et l'attachement	78
5. 2. 1. 1. 1. Interventions centrées sur la mère	78
5. 2. 1. 1. 2. Interventions centrées sur la dyade.....	78
5. 2. 1. 2. Interventions sur la parentalité au sens large.....	82
5. 2. 1. 2. 1. Guidance parentale	83
5. 2. 1. 2. 2. Psychoéducation familiale.....	86
5. 2. 2. Éthique et travail en réseau	87
5. 2. 2. 1. Questionnement éthique.....	87
5. 2. 2. 2. Vécu des professionnels : de la nécessité du travail en réseau	89
Conclusion	92
Bibliographie	95

Liste des abréviations

AAI : Adult Attachment Interview

ADN : acide désoxyribonucléique

BNBAS : échelle d'évaluation du comportement néonatal de Brazelton

CLPS : Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study

DPN : dépression post-natale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EDM : épisode dépressif majeur

EEG : électroencéphalogramme

FRP : fonction réflexive parentale

HPA : hypothalamique-pituitaire-adrénocortical

IRM : imagerie par résonance magnétique

IRMf : imagerie par résonance magnétique fonctionnelle

LCR : liquide céphalorachidien

MBT : Mentalisation based treatment

MIO : modèle interne opérant

MPOA : medial preoptic area : aire préoptique médiale

MSAD : McLean Study Adult Development

OCT : ocytocine

OFC : cortex orbito-frontal

PTSD : posttraumatic stress disorder : syndrome de stress post-traumatique

SF : protocole du « still-face »

SNC : système nerveux central

SNA : système nerveux autonome

SSP : Strange Situation Procedure : Situation étrange

TCA : trouble du comportement alimentaire

TDA/H : trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

TDM : tomodensitométrie

TPB : trouble de la personnalité de type *borderline*

TUS : trouble de l'usage de substances

VAD : visites à domicile

VP : vasopressine

VS : ventral striatum : striatum ventral

VTA : ventral tegmental area : aire tegmentale ventrale

Table des figures

Figure 1 : Modèle théorique de la transmission intergénérationnelle de l'attachement (D'après : *Narrowing the Transmission Gap: A Synthesis of Three Decades of Research on Intergenerational Transmission of Attachment*. VERHAGE et al. (2016), Fig. 4).

Figure 2 : Le modèle biopsychosocial du TPB (D'après : *Borderline Personality Disorder*, LEICHSENRING et al. (2011)).

Figure 3 : Modèle de régulation transgénérationnelle des troubles des interactions parent-enfant (D'après *Neurobiological basis of parenting disturbance*, NEWMAN et al. (2011), Fig. 1).

Introduction

Le trouble grave de la personnalité de type *borderline* (TPB) est une pathologie fréquente dont la prévalence se situerait entre 1 et 6 % en population générale ((1), (2)). D'un point de vue épistémologique, il s'agit d'un trouble à l'histoire relativement récente et dont la définition a donné lieu à de nombreuses controverses. Depuis son entrée dans le DSM-III en 1980, il a cependant été l'objet d'un nombre croissant d'études et il existe à l'heure actuelle un relatif consensus sur sa définition, même si des débats persistent sur la question d'une approche dimensionnelle du trouble, ou concernant le seuil diagnostique.

Cliniquement, le TPB se caractérise par des troubles de la régulation émotionnelle et des relations interpersonnelles instables. Le retentissement fonctionnel quotidien de ce trouble est souvent très important du fait de fréquentes comorbidités psychiatriques, ou encore d'une tendance aux passages à l'acte auto-agressifs et d'une suicidalité importante, qui génèrent une précarité sociale et affective.

Ces cinquante dernières années, la désinstitutionnalisation des personnes souffrant de troubles mentaux a amené la question de l'accès à la parentalité des patients. Il s'agit maintenant d'un enjeu de santé publique et d'un sujet de réflexion des acteurs du champ psychiatrique, mais aussi sociologique et politique. Ainsi, dans la lignée des travaux sur l'attachement et les interactions précoces, de nombreuses recherches explorent l'impact de la maladie mentale sur la mise en place des premiers liens et sur le développement de l'enfant.

En ce qui concerne le TPB et comme le soulignent Macfie & Swan (3), cités par Rouillon et al. (4), « parce que les désordres du trouble de personnalité *borderline* se manifestent au niveau de l'attachement, du développement du moi et de la régulation des émotions – domaines correspondant aux « tâches » développementales de la petite enfance – une mère avec TPB peut induire un contexte de développement qui représente un véritable défi pour son enfant ».

Dans ce travail, nous nous proposons de synthétiser les données existantes sur l'accès à la parentalité des mères souffrant d'un TPB. Les études de la littérature internationale se concentrent principalement sur la question des troubles des interactions précoces et de l'attachement au sein de ces dyades mères-enfants. D'un point de vue méthodologique, nous avons donc choisi de ne pas réaliser de revue systématique de la littérature afin de pouvoir élargir notre domaine de recherche aux champs sociologique et éthique. Nous avons utilisé les moteurs de recherche pubmed et cairn.info ainsi que la littérature grise.

Dans une première partie, nous précisons le contexte de notre travail, en rappelant la définition de la psychiatrie périnatale et du concept de « parentalité ». Dans une seconde partie, nous décrivons

l'émergence et les différents aspects des interactions précoces et de la théorie de l'attachement. Notre troisième partie reprendra l'historique et les spécificités cliniques du TPB. Dans notre quatrième partie, nous aborderons l'impact de ce trouble sur les interactions précoces, l'attachement et le devenir des enfants de mères avec TPB. Enfin, nous discuterons d'une manière globale des implications pratiques de la prise en charge des troubles de la parentalité en psychiatrie périnatale ainsi que des modalités thérapeutiques existantes à l'adresse de ces dyades vulnérables.

1. Psychiatrie périnatale et concept de parentalité

1. 1. L'émergence d'une discipline : la psychiatrie périnatale

Comme le rappellent Guédeney et Sutter (2010) (5), la vulnérabilité psychique des femmes pendant la période périnatale a été observée dès l'Antiquité. Ce n'est toutefois qu'au XIX^e siècle, avec Esquirol (1838) (6) puis Marcé (1858) (7), que seront formalisées de manière scientifique les premières observations de troubles psychiatriques périnataux. Plus tard, c'est sous l'impulsion des théoriciens de l'attachement et de l'observation des effets de la carence de soins sur le nourrisson au sortir de la seconde guerre mondiale, que seront créées les premières unités d'hospitalisation conjointe, d'abord en Angleterre, puis en France (8).

Dans les pays anglo-saxons, ce sont les psychiatres d'adulte qui vont majoritairement contribuer au développement de la discipline, envisageant le bébé et la relation parent-enfant « principalement du point de vue des conséquences du trouble ou comme facteur contribuant au déclenchement de la pathologie ». En France, sous l'influence de la psychanalyse, sera privilégiée « la dialectique qui existe entre troubles des parents et ceux de l'enfant, [...], sous l'angle de la psychopathologie de l'enfant » (1).

La spécialité est officiellement reconnue en 1980, avec la création de la première chaire universitaire, alors occupée par le Pr Kumar. À partir de là, de nombreux travaux de recherche seront publiés, principalement sur la psychose puerpérale et la dépression post-natale (DPN) au départ, ces pathologies étant considérées comme paradigmatiques de la discipline. Parallèlement, les travaux sur le développement psychologique du nourrisson permettront une connaissance plus fine des interactions précoces et de leurs troubles, notamment dans le cadre de la DPN (9).

Au côté de cette approche médicale de la maternité et de ses troubles, va se développer un courant socioanthropologique et psychosociologique qui s'attachera à définir la parentalité dans son contexte culturel et comme un processus soumis à des déterminants sociaux.

1. 2. Parentalité : définition

Le terme de « parentalité » apparaît dans la langue française dans les années 1960. Traduction du terme anglais « parenthood » (Benedek, 1959 (10)), il est introduit dans le champ psychiatrique et psychanalytique par Racamier en 1961 (11), qui développe dans un premier temps les concepts de « maternalité » et de « paternalité » (« motherhood » et « fatherhood »). Il fait alors référence au processus intrapsychique associé au « fait d'être parent », processus considéré comme une étape du développement psychologique normal de l'adulte. À partir des années 1980, il passe dans le langage

courant, notamment sur l'impulsion des publications de l'École des Parents et des Éducateurs ou encore sous la plume du psychanalyste Serge Lebovici. Il devient alors un terme polysémique, parfois « difficile à appréhender de par la diversité des réalités auquel il peut renvoyer » (12).

Pour les psychanalystes, il désigne « l'ensemble des processus de maturation psychique propre à la fonction parentale » (13). Lamour et Barocco (14) précisent qu'il s'agit de « l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux : le corps (les soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique ». La parentalité est ici fréquemment considérée sous l'angle des problématiques qu'elle engendre (accouchement sous X, dysfonctionnement, refus d'avoir des enfants...) et est analysée en termes psychopathologiques (13).

Pour F. Marty (15), la parentalité constitue une des figures de la relation d'objet, celle qui unit le sujet à son enfant. Cette notion renvoie ici au caractère interactif de la relation du parent à l'enfant. Il précise que ce concept a initialement été abordé sous l'angle de la pathologie, rappelant que Racamier introduit le terme de maternalité pour évoquer le « ratage » du processus psychique s'effectuant pour la femme devenant mère.

D'autres auteurs comme Stoleru soulignent la place de la parentalité dans les phénomènes de la transmission inter et trans-générationnelle, la définissant comme « le creuset des identifications » (16).

Ce concept est aussi largement présent dans le champ sociologique. Ici, il fait davantage référence à un ensemble de fonctions sociales. Apparu dans les années 1970, il n'a pas de lien avec le concept psychanalytique, mais apparaît plutôt comme un dérivé de l'adjectif anglais « parental » utilisé pour qualifier les nouvelles formes de structures et de vie familiale (Boisson et Verjus, 2004 (17)). Il permet alors de mettre en avant la complexité et la diversité des fonctions parentales et de différencier la parenté biologique de la parenté sociale.

Dans le champ juridique, le terme de parentalité tient peu de place puisque le droit civil reconnaît uniquement le concept de parenté. Il est parfois utilisé en référence à la fonction parentale, en particulier dans les questions de l'autorité parentale et des droits des parents (12).

Dans le dictionnaire critique d'action sociale, la parentalité est définie « comme un terme spécifique du vocabulaire médico-psycho-social qui désigne de façon très large « la fonction d'être parent » en y incluant à la fois les responsabilités juridiques telles que la loi les définit, des responsabilités morales telles que la socio-culture les impose et des responsabilités éducatives » (1995 (18)). La question de la parentalité s'inscrit alors principalement dans une logique d'interventions visant à soutenir les familles et à protéger les intérêts des enfants. Elle est

« appréhendée comme une fonction susceptible de présenter un certain nombre de défaillances et qui nécessite alors d'être soutenue ou restaurée » (12).

Dans le domaine psycho-éducatif enfin, le terme de parentalité renvoie aux pratiques parentales mises en œuvre dans l'éducation des enfants et prend une signification plus restreinte. Si dans les domaines précédemment cités, le terme de parentalité semble référer davantage au terme anglais « parenthood » qui renvoie de façon générale à la condition d'être parent, il semble ici plutôt associé au terme « parenting » qui concerne le soin et l'éducation d'un enfant (Martin, 2004 (19)).

Finalement, il s'agit d'un terme transdisciplinaire, utilisé par les professionnels de l'accompagnement des familles : il se retrouve de fait à la croisée du champ social, juridique et psychologique. D. Houzel (20) propose un modèle à trois dimensions pour regrouper l'ensemble de ces aspects. La première dimension, celle de la responsabilité parentale (exercice), correspond aux droits et aux devoirs dont tout adulte devient dépositaire dès lors qu'il a la charge d'un enfant (certaines obligations de soins, de surveillance et de protection). L'article 375 du Code civil stipule en effet que tout parent doit « veiller à la santé, à la sécurité, à la moralité, au développement physique, affectif, intellectuel et social des mineurs dont il a la charge ». La seconde dimension est la dimension du vécu subjectif (expérience), représentée par le champ psychologique et affectif, dans leurs aspects conscients et inconscients. La troisième dimension correspond aux pratiques parentales.

Le concept de parentalité s'impose donc comme porteur d'une idée-force : être parent n'est ni une donnée biologique ni une donnée sociale mais le fruit d'un processus complexe de maturation psychologique. Comme le commente Didier Houzel, « ... ce que veut souligner le concept de parentalité, c'est qu'il ne suffit ni d'être géniteur ni d'être désigné comme parent pour en remplir toutes les conditions, encore faut-il « devenir parent », ce qui se fait à travers un processus complexe impliquant des niveaux conscients et inconscients du fonctionnement parental » (20).

Les études issues de la théorie de l'attachement et leur diffusion auprès du grand public soulignent le rôle central des interactions précoces dans la construction des modalités relationnelles futures du nourrisson. On peut assister alors à une montée en puissance d'une inquiétude parentale : on passe d'une éducation perçue comme « naturelle » à une éducation « culturelle et sociale », l'éducation familiale devenant ainsi une « discipline » à part entière.

Ces différentes modalités d'approche et de réflexion aboutirent à partir des années 1990 au développement de modèles de compréhension plurifactoriels en référence au modèle diathesis-stress développé par Brown et Harris (21), modèles dits « médico-psycho-sociaux » de la psychiatrie périnatale. Ces derniers prennent ainsi en compte aussi bien les facteurs de vulnérabilité individuelle (génétiques, biologiques, intrapsychiques), que les facteurs d'environnement (événements de vie,

contexte culturel), ou encore l'influence de facteurs interpersonnels (les facteurs liés au bébé par exemple) pour expliquer l'origine et/ou l'entretien de la pathologie parentale (5).

Dans notre travail, nous allons nous concentrer sur les aspects psychiques de la parentalité (au sens de la mise en place du lien d'attachement et des interactions précoces) chez les mères souffrant de trouble de la personnalité de type *borderline* et leurs bébés.

2. Interactions précoces et théorie de l'attachement

2.1. De l'étude du développement précoce à l'observation des interactions mères-bébé et à la théorie de l'attachement

Avant de s'intéresser à l'étude des interactions précoces et à l'émergence de la théorie de l'attachement, il semble nécessaire de revenir aux origines de la psychiatrie du bébé. La psychopathologie du jeune enfant est en effet une discipline très récente.

Dès le début du XIX^e siècle, certains médecins, comme le D^r Itard, s'attachent à décrire de manière scientifique les effets de l'isolement sur le développement : il démontre les capacités de Victor, « enfant sauvage de l'Aveyron », à évoluer, en insistant sur le rôle de l'apprentissage et de l'éducation (22).

Au XIII^e siècle, déjà, se demandant quelle langue viendrait naturellement à un enfant en l'absence de stimulation pour le langage, Frédéric II, roi de Sicile, mène une expérience édifiante. Il ordonne aux nurses responsables d'un groupe d'enfants de ne pas leur parler : tous mourront.

De la fin du XIX^e (avec Archambaud et Parrot) au milieu du XX^e siècle, de nombreux auteurs insisteront sur l'importance des facteurs psychologiques dans les désordres présentés par les enfants en institution. En 1908, Chapin, pédiatre américain, attire l'attention sur le lien entre retard de croissance, dépression et hygiène chez l'enfant. Le terme d'« hospitalisme » est utilisé pour la première fois par Pfaundler en 1915 pour décrire des désordres somatiques chez de jeunes enfants hospitalisés ne dépendant pas uniquement de facteurs physiques mais aussi d'un manque de soins maternels (23).

À la fin des années 1930, cette problématique est abordée dans la littérature psychiatrique et psychanalytique internationale. Levy publie notamment en 1937 « *Primary Affect Hunger* » (« Besoin primitif d'affection ») dans lequel il décrit « l'indifférence affective » observée chez un jeune enfant à la suite d'une séparation. Il utilise les termes de « déprivation maternelle » et de « carence de soins maternels » qui seront repris et précisés par Spitz et Bowlby par la suite.

Parallèlement, de nombreux auteurs cherchent à modéliser le développement psychique précoce : Piaget (1923) en insistant sur le développement cognitif, Freud (1924) sur les aspects psychosexuels, Vigotsky (1933) sur le rôle pédagogique de l'adulte, Chomsky (1965) sur l'émergence du langage, ou encore Wallon (1970) qui soulignera l'influence sociale dans le développement.

Les apports de la psychanalyse se divisent en deux points de vue. Le premier, dit « génétique », dans le sens de la prise en compte des rapports entre histoire et développement, et le second, « structural » qui nie l'influence de la biologie dans le développement psychologique.

Cette vision « structurale », qui s'oppose à la notion de stade, est essentiellement défendue par Jacques Lacan (24), et conçoit le développement psychique comme l'évolution du rapport du sujet au désir de l'autre, à travers des moments organisateurs comme le stade du miroir ou l'Œdipe. L'essentiel du développement se situerait ici dans les systèmes symboliques, réels et imaginaires. Dans cette perspective, il y a donc peu de place pour une théorie des affects, ou du rôle des relations parent-enfant réelles dans le développement de l'intersubjectivité.

La position génétique, avec Freud (25), définit une organisation psychique autour de deux modes principaux : celui de stade et celui de relation d'objet. La phase prégénitale du développement, représentée par les conflits oraux, anaux puis phalliques permet l'accès secondaire à une sexualité « adulte » (possibilité d'une relation amoureuse, l'autre étant alors considéré comme objet indépendant et dans sa totalité). La mise en place de la relation d'objet correspond aux interrelations qui se nouent avec ce qui assure la satisfaction de la pulsion. À partir de là, il existe des différences entre les auteurs qui, considérant les relations objectales comme facteur principal du développement psychique, insistent sur : la pulsion et sa satisfaction (Freud), les organisateurs des relations d'objet (Spitz : sourire social, peur de l'étranger, le Non (26)) ou encore sur la notion de clivage pulsionnel (Klein (27)). Plus proche de Bowlby, on peut citer le travail d'Anna Freud, une des premières psychanalystes à adopter une perspective développementale sur la psychopathologie. Elle insistera par ailleurs sur l'influence capitale des parents dans le développement psychologique de l'enfant.

De son côté, Winnicott développera des concepts comme ceux de « maternage sensible » (la mère « suffisamment bonne », « *good enough mothering* »), de *holding* ou encore de *handling* en pointant le rôle de l'expérience précoce dans la psychopathologie du développement (28).

Plus tard, Stern (1989) décrira le développement d'être avec soi puis d'être avec l'autre dans une perspective « constructionniste », remettant ainsi en cause les notions de pulsion et de stades libidinaux. Il insiste alors sur le rôle de l'harmonisation affective précoce dans le développement de l'intersubjectivité (29). Trevarthen (2001), quant à lui, défendra l'idée d'une intersubjectivité primaire, la motivation à communiquer étant considérée ici comme étant soutenue par une capacité innée à être réceptif aux états subjectifs de l'autre (30).

Actuellement, pour Guédénéy, le développement est « plutôt considéré comme la résultante de forces diverses, génétiques et épigénétiques, internes et environnementales, qui agissent de façon séquentielle et interactive, avec en particulier une interaction gène-environnement, et l'influence de facteurs parentaux (*caregiving*) sur le fonctionnement des gènes de l'enfant (épigénèse) ». Il s'agit d'un modèle de type écologique, où l'objet du développement est finalement le « système organisme-environnement ». Ainsi, « le processus développemental est considéré comme une interaction constante entre la structure de la connaissance chez l'enfant et la structure du monde.

L'organisme, ici le bébé, est vu comme un chercheur actif d'information et de stimulation, dans un environnement dont la nature est largement déterminée par la capacité de cet organisme à extraire et à traiter l'information. Il y a donc une part considérable prise par le social et le culturel dans le processus de construction des structures mentales, dans la mesure où les parents peuvent plus ou moins bien donner le monde à penser à l'enfant, le rompre en éléments significatifs pour lui et adaptés à sa capacité de l'appréhender » (31).

2. 2. Les interactions précoces

2. 2. 1. Compétences du bébé

Le développement de l'observation des interactions précoces date des années 1980 et de l'avènement des techniques vidéoscopiques. Différentes études ont ainsi montré que le bébé prend l'initiative de l'échange et qu'il le régule en très grande partie, si la sensibilité de ses partenaires le lui permet (Brazelton *in* (32)).

Le nouveau-né possède un équipement neuro-physio-psychologique qui lui permet d'établir un réseau de communication avec son milieu ambiant, et ce, dès sa vie fœtale. Ces compétences sont uniques et font l'objet d'une grande variabilité individuelle et interindividuelle. Il se sert des canaux multi-sensoriels qui s'organisent d'une manière de plus en plus riche et complexe, dans un « système d'aller-retour entre lui et son milieu » (33).

- Le tact : canal sensitif majeur dès la 7^e semaine de vie prénatale, faisant des perceptions cutanées une des composantes majeures de l'expérience précoce. Ainsi, le liquide amniotique fournirait au fœtus « un sentiment de contenance et de rassemblement permanents ».
- Les organes de la proprioception sont abrités dans l'oreille interne. Ainsi, les voies nerveuses vestibulaires se mettent en place entre la 7^e et 9^e semaine de gestation.
- Le système gustatif : il est fonctionnel dès la 12^e semaine de la vie fœtale. À la naissance, le bébé est capable de distinguer les quatre saveurs primaires.
- L'odorat : l'épithélium olfactif se développe au cours de la 14^e semaine et le nouveau-né est sensible à l'odeur du mamelon et du lait de sa mère dont il se sert pour s'orienter. Ces stimuli olfactifs conserveront par la suite leur effet d'apaisement en dehors du contexte interactif initial.
- L'audition : l'oreille interne est fonctionnelle autour de la 24^e semaine. À la naissance, le comportement moteur du bébé paraît modulé par la parole.

- La vision : système constitué dans le 7^e mois de grossesse, il ne deviendra la principale source de stimulation pour le bébé qu'après l'accouchement. Ainsi, le nouveau-né est capable de stratégie et paraît sensible à la différenciation figure-fond, fixant préférentiellement les contours des objets, les zones de frontière (à noter que le premier objet répondant à ces caractéristiques est celui de sa mère).

En dehors de ces compétences sensorielles, le bébé possède un ensemble de réflexes tels que la marche automatique, le Moro, le *grasping*, le foussement, les cris et le sourire. Il possède également des capacités innées d'imitation. Elles concernent notamment la protrusion de la langue, l'ouverture et la fermeture des yeux et des mains. Ces réflexes primaires, recherchés lors des premiers examens pédiatriques, ont tous pour finalité commune de s'assurer la proximité de la mère. Ils ont été décrits par Bowlby et Ainsworth comme des « comportements d'attachement », comportements que ces auteurs considèrent comme innés, non dérivés d'un autre besoin primaire comme la soif ou la faim.

Il est important de souligner l'existence de certaines capacités cognitives précoces telles que la mémoire motrice. Enfin, dans ce même domaine de la cognition, il a été observé que le bébé éprouve du plaisir lors des apprentissages et qu'il pouvait présenter toute une série d'états d'attention différents : soutenue, concentrée, dispersée ; en lien avec la qualité de l'attention que les adultes lui portent (34).

L'expression de ces compétences et capacités innées est dépendante de la qualité de l'environnement du bébé et de ses états neurophysiologiques changeants. Ainsi, la vigilance est un état neurovégétatif fluctuant dont le substrat se situe dans la formation réticulée du tronc cérébral. Il existe différents états de veille et de sommeil, reflets de la qualité de la conscience et de l'attention.

L'échelle d'évaluation du comportement néonatal de Brazelton (BNBAS (35)) décrit les six états qui reflètent à la fois la vigilance du bébé, son niveau d'excitation motrice et la qualité de son vécu affectif. Elle contient 28 items comportementaux, plus 16 items de type neurologique (réflexes, tonus).

état 1 : sommeil profond : respiration régulière et absence de motricité

état 2 : sommeil léger : mouvements oculaires rapides, respiration irrégulière et rapide, quelques mouvements au niveau du visage

état 3 : somnolent : yeux mi-clos, parfois ouverts mais regard vague et motricité incertaine

état 4 : éveil calme : moment de disponibilité optimale pour l'interaction. La motricité est suspendue, respiration régulière. Grande attention et réceptivité à l'égard de son entourage. Compétences du nouveau-né maximales.

état 5 : éveil agité : décharge motrice importante. Incapacité à fixer son attention

état 6 : détresse : activité motrice maximale, associée à des cris et des pleurs et à une grande réactivité neurovégétative

Il existe une importante variabilité interindividuelle et chaque bébé régule de manière différente ses états physiologiques et affectifs (sous l'influence de facteurs exo et endogènes). Par exemple, l'irritabilité reflète l'intolérance à ces fluctuations que l'on peut observer chez certains bébés qui paraissent alors vulnérables aux stress les plus communs, y répondant par une forte réactivité neurovégétative, des pleurs voire une désorganisation comportementale. La consolabilité, en revanche, mesure la capacité d'auto-apaisement du bébé, mais également sa facilité à être apaisé par son entourage.

Le phénomène d'habituation désigne l'ensemble des phénomènes de retrait, de modulation des seuils perceptifs et de variation des états de conscience permettant au bébé de gérer la quantité d'excitation que son psychisme doit traiter, évitant ainsi le débordement par un afflux massif de sollicitations internes et externes (36). Pour B. Golse, « Il s'agit d'une véritable capacité de filtrage qui permet au psychisme du bébé de travailler sur de petites quantités d'excitation ». Il représente en cela un des mécanismes physiologiques principaux d'adaptation à son environnement (34). Ces modalités adaptatives entrent en résonance avec la vie fantasmatique des parents et impactent le lien, dans la mesure où les réactions comportementales du bébé aux soins qu'il reçoit modulent en retour les états émotionnels de ses *caregivers*.

2. 2. 2. *Les différents types d'interactions*

Ainsi, l'environnement et le bébé s'influencent l'un l'autre dans un processus continu de développement et de changement. Ce processus qui lie l'enfant et ses figures d'attachement est porté par ce que l'on appelle les « interactions » parent-enfant. Une interaction est la réaction réciproque de deux phénomènes qui évoluent dans un même système. On peut ici se référer à la théorie des systèmes : le système parent-enfant est un tout, et son équilibre répond au concept « d'homéostasie » tel qu'il est défini en médecine : « le maintien à des valeurs normales des différentes constantes physiologiques (ici capacités relationnelles) de l'individu (ici du système) » (37).

Les processus interactifs qui se développent entre un enfant et ses figures d'attachement sont bien connus (Lebovici, 1983) et l'on décrit classiquement trois grands types d'interactions : (38)

– *interactions comportementales* :

Ce sont les interactions sensorielles, qui passent par l'utilisation de canaux tels que le regard, la voix, le toucher, ou encore les ajustements posturaux et les rythmes.

On peut citer en exemple, le « dialogue tonique » tel qu'il est décrit par H. Wallon : tonus et proprioception de l'adulte et du bébé se conjuguent et se répondent autour d'un portage actif et conjoint.

– *interactions affectives* :

La communication au sein de la dyade passe par les canaux décrits précédemment et permet d'échanger sur l'état émotionnel des partenaires, donnant à l'affect une valeur de représentation. Pour Lebovici, les interactions affectives concernent « l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère ». Le bébé semble capable de réagir à la composante affective du discours et, ayant perçu les signaux provenant de sa mère, il va à son tour lui communiquer ses états affectifs qui modifieront l'interaction. Ces réponses peuvent être immédiates ou différées, amplifiées ou atténuées et enfin unimodales (signaux échangés sur le même canal de communication) ou transmodales (plusieurs canaux utilisés).

Ainsi, la vie émotionnelle du nourrisson est liée à celle de sa mère, qui met en mots son vécu.

La notion d'accordage affectif développée par Stern prend ici tout son sens : il fournit au bébé le substrat nécessaire à l'organisation de son expérience de chaque instant, au fondement de son narcissisme et au soutien d'une dynamique développementale. Le bébé apprend peu à peu que ses états affectifs internes peuvent être partagés avec autrui.

– *Interactions fantasmatiques* :

Elles constituent « l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de celle du bébé dans leurs aspects imaginaires, conscients et inconscients » (38).

La vie fantasmatique parentale est faite d'affects et de représentations autour de leur histoire infantile et familiale et des constructions concernant l'enfant. La vie fantasmatique du bébé, rudimentaire à ses débuts, se développe assez rapidement pour venir interagir avec celle des parents.

L'apparition du fantasme est essentielle au développement de l'enfant, car il vient combler la distance entre l'expérience vécue, ses besoins somatopsychiques et ses capacités d'intégration psychique.

En 2004, Lebovici souligne que cette classification est basée sur une méthodologie anglo-saxonne, centrée sur les aspects directement observables des interactions. En France, sous l'influence des théories psychanalytiques, les cliniciens se sont concentrés sur la recherche de la dynamique fantasmatique organisant les interactions directement observables.

Dans une tentative d'intégration de ces deux approches, il apparaît plus clair de distinguer d'une part les « modalités interactives », c'est-à-dire les canaux à travers lesquels l'interaction s'effectue, et

d'autre part les systèmes interactifs, représentés chez chaque partenaire par : 1) son organisation fantasmatique, 2) ses affects, 3) ses cognitions, 4) son corps et sa physiologie.

2. 2. 3. *Trouble des interactions : notions de synchronie et de sensibilité maternelle*

On peut observer des perturbations des interactions lorsque les parents présentent des difficultés (telles que des troubles psychiques), ou lorsque le bébé est lui-même en difficulté pour communiquer, par exemple dans les troubles autistiques. Ainsi, les interactions peuvent être perturbées d'un point de vue quantitatif (par excès ou manque de synchronicité ou par alternance des deux). Elles peuvent aussi être perturbées d'un point de vue qualitatif, et dans une perspective longitudinale (ou diachronique), être soit « rigides » (par manque d'adaptation au cours du temps), soit « fluctuantes » (alternance de phases d'hypostimulation avec des phases d'hyperstimulation) voire incohérentes.

La réciprocité apparaît donc comme une caractéristique essentielle d'une interaction de qualité et met l'accent sur le lien entre comportements du nourrisson et ceux de sa mère (38).

La notion de synchronie de l'interaction se définit par les variations simultanées des états affectifs et comportementaux de la mère et de son enfant lors des interactions (39). Elle décrit l'aptitude mutuelle des partenaires de la dyade mère-bébé à agir, à réagir aux signaux et à s'influencer en vue d'un échange. Dans une revue de la littérature de 2014, Leclère et al. montrent qu'il s'agit d'un des aspects clés de l'interaction mère-enfant dont la qualité serait liée à un meilleur devenir pour l'enfant (développement normal) et à une meilleure santé chez la mère (40). Pour Feldman et al. en 2007 (41), la synchronie est la « danse rapprochée » qui apparaît lors d'interactions courtes, intenses et ludiques. Elle se fonde sur la familiarité avec le panel comportemental du partenaire et le rythme des interactions. Elle représente la structure temporelle sous-jacente de moments d'échanges caractérisés par un haut niveau d'excitation, clairement distincts de la vie quotidienne. Enfin, elle serait à la base des futures capacités de l'enfant à l'intimité, l'accès au symbolique, l'empathie et à la lecture des intentions de l'autre.

La sensibilité maternelle est elle aussi un des éléments permettant des interactions de qualité. Elle caractérise la capacité de repérage des signaux de l'enfant, l'interprétation adéquate de ces signaux, la vitesse de la réponse, la flexibilité de l'attention et des conduites, le niveau approprié de contrôle, ainsi que la négociation des buts discordants (42). Crittenden (1981) précise qu'il s'agit d'un ensemble de comportements qui plaisent à l'enfant et lui confèrent un plus grand confort et de meilleures capacités attentionnelles, réduisant par là sa détresse et son désengagement (*in* (32)).

Ainsi, le psychisme des deux partenaires, aussi bien que l'environnement dans lequel ils évoluent, déterminent leurs modalités de fonctionnement. Les interactions mère-enfant s'apparentent donc à

« un processus continu de développement et de changement » (Samerroff, 1975). Pour imaginer cette dynamique, Escalona (1968) a introduit le terme de « spirale transactionnelle ».

Finalement, les perturbations des relations parent-nourrisson sont interprétées comme la conséquence d'une adaptation mutuelle problématique (Lamour et Lebovici, 1991).

2. 2. 4. *Méthodes d'évaluation des interactions précoces*

Il existe de nombreuses méthodes d'évaluation des interactions mère-enfant, en fonction de l'âge de l'enfant notamment. En voici quelques exemples :

– Le GEDAN ou Guide pour l'évaluation du dialogue adulte-nourrisson, 1992, développé par De Rotten et Fivaz-Depeursing (43) :

Il présente une approche systémique des interactions. Il est applicable aux nourrissons de 6 semaines à 6 mois. Il s'agit d'une observation filmée d'un dialogue en face à face entre l'adulte et le bébé. L'observateur centre son attention sur le degré d'engagement des partenaires et évalue l'interaction à partir de trois dimensions principales que sont la localisation et l'orientation des bassins et des torsos de chaque partenaire, l'orientation des regards et des visages. L'étude de ces informations aboutit à un diagnostic de l'interaction selon trois modes : consensuel, conflictuel et paradoxal.

– La Grille d'évaluation des interactions précoces de Bobigny, 1999, développée par Mazet et al., au sein d'une équipe affiliée au réseau INSERM bébé (44) :

Elle comporte quatre grilles, en fonction de l'âge de l'enfant : 2-3 mois, 11-13 mois, 2 ans et 3 ans. Assez simple d'utilisation, elle ne nécessite notamment pas de matériel vidéo, et permet d'obtenir une vision globale du développement psychologique et somatique de l'enfant, ainsi que des fonctions instinctuelles et des interactions. Les interactions sont divisées en quatre dimensions (interactions corporelles, visuelles, vocales, et les sourires) et sont observées simultanément chez la mère et l'enfant.

– Le CARE-Index 1985 (45), révisé en 1998 (46). Conçu par Crittenden, théoricienne de l'attachement :

Il s'agit d'une échelle interactive permettant de qualifier l'attitude du partenaire envers l'autre, et ainsi de repérer les dysfonctionnements maternels à l'origine de futures négligences et/ou maltraitances à l'égard de l'enfant. Cet outil est utilisable de la naissance jusqu'à environ deux ans. La mère et le bébé sont filmés durant une scène de jeux de 3 à 5 minutes. L'échelle comprend 7 catégories d'items : les expressions faciales, les expressions vocales, la position et le contact corporel, l'expression de l'affect, la succession contingente ou non des séquences, l'activité de

contrôle, le choix de l'activité en fonction de l'âge. Pour chacun de ces items, on retrouve trois critères qui caractérisent le comportement de l'adulte : la sensibilité, l'activité de contrôle (la maîtrise), la non-disponibilité. Chez l'enfant on trouve quatre types de réponses : la coopération, l'opposition, la docilité contrainte et compulsive, la passivité.

– Notation globale des interactions mère-bébé à 2 et 4 mois, 1999. Échelle rédigée par Fiori-Cowley, Murray, et Gunning (47) :

La situation est standardisée, il s'agit de filmer l'enfant installé dans un transat et sa mère de profil (on utilise un miroir pour voir la mère de face) durant 5 minutes. L'enfant peut avoir de 2 à 6 mois. L'échelle comporte 25 items pour les bébés de moins de quatre mois ou 28 items à partir de quatre mois. Ces items se regroupent en trois échelles : l'échelle maternelle, celle du bébé et celle des interactions. Chacune des échelles est divisée en plusieurs dimensions. Chez la mère : comportement (allant de bon à mauvais, s'obtient en additionnant les 13 items maternels), difficultés d'interagir (allant d'intrusive à distante) et signes de dépression. Chez le bébé : comportement (allant de bon à mauvais, s'obtient en additionnant les 7 – ou 10 – items du bébé), difficultés d'interagir (allant de retiré et passif à râleur, irritable). L'échelle des interactions ne comprend qu'une seule dimension.

– Le protocole de recherche paradigmatique du « *Still-Face* » (SF) (48) :

Il a été développé par Tronick et son équipe (1978) dans le but d'observer le bébé lors d'une situation inattendue et stressante, lorsque la mère affiche tout d'un coup un visage impassible en face-à-face, après deux minutes d'interactions. Le protocole consiste en une séquence de trois épisodes de deux minutes. La mère a pour consigne de jouer avec le bébé « comme ils le feraient à la maison », puis elle doit se figer pendant deux minutes. Enfin, dans le troisième temps, lors des « retrouvailles », la mère doit interagir à nouveau avec le bébé. Cette procédure montre combien le bébé est un partenaire actif au sein des interactions et combien il est sensible aux configurations affectives maternelles. Ces études ont par ailleurs mis en évidence que les bébés avaient besoin d'un certain délai lors des « retrouvailles » afin de retrouver la qualité d'échange interactif du premier temps (49).

Finalement, les interactions précoces sous-tendent la constitution du lien d'attachement, théorisé par Bolwby dès les années 1950, et que nous allons maintenant présenter.

2. 3. La théorie de l'attachement

C'est après la seconde guerre mondiale que la question de la perte et de la séparation chez le jeune enfant, ainsi que de leurs effets sur son développement, devient enjeu de recherche. En 1946, Spitz décrit ainsi la dépression anaclitique et l'hospitalisme qui traduisent les effets de séparations

brusques chez de très jeunes enfants que l'on décrirait actuellement en termes de rupture ou d'altération du lien d'attachement. C'est à partir de là que naît la théorie de l'attachement, sous l'impulsion de Bowlby et de Winnicott, puis de Ainsworth dans les années 1950. En France, elle a été largement diffusée par Guédeney et Guédeney (50).

Pour eux (32), il s'agit d'un concept « né dans la violence des séparations et des carences précoces (en référence à l'impact de la seconde guerre mondiale dans l'émergence de cette théorie), au croisement des apports de la psychanalyse, de l'éthologie, des sciences cognitives, de l'informatique et de la cybernétique avec ceux de l'observation, de la reconstruction et de la mise en récit ».

Les capacités d'interactions sociales telles que nous les avons décrites précédemment sont présentes chez le bébé dès la naissance. S'appuyant sur les travaux des éthologues tels que Harlow et Hinde, Bowlby (51) propose que le comportement d'attachement, à la manière d'autres comportements instinctifs, fasse intervenir, au cours du développement, des systèmes auto-adaptatifs et des mécanismes de rétrocontrôle. L'attachement serait ainsi organisé autour du système nerveux central (SNC) et régulé de façon comparable à d'autres paramètres physiologiques. Le système d'attachement regroupe ici l'ensemble des comportements de signal et d'approche dont le résultat est d'obtenir ou de maintenir la proximité avec un individu donné. Dans les théorisations initiales de Bowlby (51), marquées par une perspective évolutionniste, l'attachement a un avantage sélectif : la proximité de l'adulte permet d'assurer la survie du bébé humain.

2. 3. 1. *Le système du caregiving*

Avant d'aborder la mise en place du système d'attachement chez l'enfant, il convient de définir le système du *caregiving*, qui apparaît comme le système réciproque (ou complémentaire) à ce dernier. Sa fonction adaptative serait la même que celle du système d'attachement, à savoir protection du jeune et donc reproduction de l'espèce. L'intégration de ces systèmes permet le maintien de l'enfant dans un état « organisé » et à l'abri des dangers et lui permet d'explorer et se développer (52).

Le système de *caregiving* est activé par les signaux de détresse ou d'alarme chez le bébé et les comportements en lien peuvent être « rejoindre », « appeler », « êtreindre », « consoler »... Il se désactive lorsque sont rétablies les conditions de proximité physique ou psychologique et que le parent perçoit des signaux comme le réconfort et l'apaisement de la part du bébé.

Il est organisé autour d'un ensemble de représentations : les modèles internes opérants (MIO) de *caregiving* (53). Les MIO, terme emprunté par Bowlby au psychologue britannique Craik (1943) pour désigner un réseau de représentations qui modèle les relations, les expériences sociales et le sens de soi, comportent la notion de contenu mental et celle des modalités du traitement de l'information (54).

Il s'agit de la capacité maternelle à percevoir et décrypter les signaux émis par le bébé, sa volonté de répondre à ses besoins d'attachement et l'efficacité des stratégies qu'elle met en place.

Le système de *caregiving* est lui-même en lien avec la qualité de l'attachement du parent. Ainsi, chez les parents insécures, le système d'attachement ne joue plus son rôle favorisant du *caregiving*. Si le parent est désorganisé, l'expression du *caregiving* peut être entravée : il y a alors « compétition entre les deux systèmes » (55).

Pour Marvin et Britner (1999), le *caregiving* implique que le parent mette à disposition de l'enfant « toutes ses capacités pour l'aider à surmonter sa détresse ou sa peur, et à résoudre les conflits auxquels il est exposé » (56). Là encore, le concept de « sensibilité » est prégnant (cf. chapitre 2.2.3). Étudiée par Ainsworth (1978) et définie comme nous l'avons vu comme la capacité à percevoir les signaux, à les interpréter afin d'y répondre. La sensibilité aux émotions négatives est caractéristique du *caregiving* sensible. (60) Le parent a la volonté de répondre rapidement (*responsiveness*) aux signaux de l'enfant et peut proposer un *mirroring* (Fonagy et al. 2002 (57)) : réponse sur le même registre émotionnel infraverbal que celui de l'enfant (par le biais des mimiques, de la prosodie) mais en accentuant et ralentissant son expression, lui permettant ainsi de se sentir compris et « validé » dans l'expression de son émotion négative. L'enfant ne sera pas envahi par l'émotion du parent puisque celui-ci la « déforme » et donc ne la vit pas.

2. 3. 2. *Mentalisation et fonction réflexive*

Cette réponse, liée à l'évaluation et à l'interprétation des signaux émis par l'enfant par le parent, renvoie à la capacité réflexive parentale. La fonction réflexive, développée par Fonagy en 1995 (58), est rattachée à la notion de mentalisation et désigne la capacité pour l'individu d'accéder avec « souplesse et cohérence » à ses propres émotions et à ses expériences d'attachement pendant l'enfance. Elle fait écho à celle de la « Théorie de l'esprit » (Bretherthon et al. 1981 (59)) qui se définit comme « la capacité d'un individu à attribuer des états mentaux (comme la pensée, les croyances, les sentiments et les désirs...) aux autres et à soi-même ». Cela signifie que l'on interprète un acte humain selon la théorie (non explicite) que les pairs ont un esprit et ne sont donc pas des machines.

Mentaliser, c'est « percevoir ou interpréter le comportement en l'imaginant comme conjoint à des états mentaux intentionnels » (Allen et al. 2008 (60)). La mentalisation intègre cognition et émotion : mentaliser c'est penser les émotions et ressentir les pensées. Ce processus fait également référence à la notion d'*insight*. Cependant, là où l'*insight* apparaît comme un contenu, la mentalisation est une activité. Finalement, tout se passe comme si le travail de mentalisation produisait un contenu, qui est l'*insight*. Il s'agit également d'un processus émotionnel, visant à contenir, réguler et expérimenter les émotions.

La capacité de la mère à se représenter l'enfant comme un sujet ayant des sentiments, des désirs et des intentions, permet à l'enfant de découvrir sa propre expérience interne au travers de la représentation que lui en donne sa mère. Chez l'enfant, la mentalisation se développe finalement grâce à l'« *affect mirroring* » ou réflexion contingente des affects par le parent, lui permettant d'accéder progressivement à une compréhension de ses propres états mentaux. Ceci est favorisé par le jeu et le dialogue, le parent apparaissant comme facilitateur de la transition entre jeu et réalité, reliant ces deux espaces grâce au langage et aux symboles.

En 2001, Meins et ses collaborateurs (61) ont proposé le concept de « *mind-mindedness* », qui correspond à la faculté d'avoir l'esprit à l'esprit. À partir de la description d'Ainsworth des mères d'enfants sécures comme « étant capables de voir les choses du point de vue de l'enfant et ayant la capacité de le voir comme étant une personne séparée » (62), ces auteurs soulignent que ce qui caractérise ces mères est « leur capacité d'inférer les états mentaux qui gouvernent le comportement de leur enfant ». Finalement, ce concept permettrait de repenser la notion de sensibilité maternelle, passant d'une vision comportementale à une approche centrée sur la capacité maternelle à lire les états mentaux de son enfant.

Les mères souffrant d'un trouble de la personnalité de type *borderline* (TPB), via un *caregiving* chroniquement perturbé, altèrent la construction du self du bébé. En effet, lorsque la réflexion des affects n'est pas contingente, il y a une déformation des émotions du bébé, qui qualifie son état émotionnel primaire de façon inappropriée : c'est ainsi que se contruirait le « faux-self » de Winnicott : une adaptation aux affects de l'autre qui laisse le self vide et irréal. Ce qui a été internalisé de l'autre est déconnecté de l'expérience vécue.

2. 3. 3. Les MIO

Les MIO (cf chapitre 2.3.1) désignent les représentations mentales qu'a l'enfant des interactions avec son entourage. Il développe ainsi des modèles interactifs, qui une fois mis en place, l'aident à comprendre et à interpréter le comportement de ses proches, mais aussi à anticiper leurs réactions. Ils influencent par là-même son comportement face à ses figures d'attachement. Il existe deux aspects de ces MIO : le modèle de soi, c'est-à-dire l'image de soi comme étant plus ou moins digne d'être aimé, et le modèle d'autrui, qui renvoie à sa perception des autres comme étant plus ou moins sensibles et attentifs à ses besoins.

Bowlby (1980) s'est en particulier intéressé aux représentations que l'enfant se forme de sa mère, précisant que ce modèle apparaîtrait dès le milieu de la première année de vie. Il distingue ensuite deux temps dans le développement des MIO. La constitution initiale de ces modèles se fait par

« accommodation » aux interactions précoces, puis, dans un second temps, les expériences sont assimilées au modèle existant (63).

Selon la théorie de Bowlby, les modalités d'attachements seront relativement stables au cours du temps, de fait de ces MIO. Malgré tout, si les MIO déterminent les cognitions sociales que l'enfant met en place, celui-ci continue à intégrer de nouvelles informations qui peuvent secondairement influencer ces modèles, laissant entrevoir un levier thérapeutique évident dans les cas de trouble des interactions précoces.

2. 3. 4. *Ontogénèse de l'attachement*

N. Guedeney, dans les suites de Bowlby, Winnicott et Ainsworth, se propose de décrire, dans une synthèse sur la théorie de l'attachement, l'ontogénèse de ce dernier chez le nourrisson. Elle distingue 3 phases (50) :

– **Première phase** : de la naissance à 3 mois : « l'orientation et les signaux sans discrimination d'une figure ».

Les comportements d'attachement ne sont pas dirigés vers une figure particulière, leur objectif est de rapprocher l'adulte. Il existe déjà une orientation préférentielle du bébé pour ce qui est familier, il s'agit d'une orientation d'origine prénatale. Selon Bowlby, il y a 3 catégories de comportement d'attachement innés : les comportements aversifs (pleurs, cris), les comportements de signalisation (babillage, sourire) et enfin les comportements actifs (capacités à attraper ou accrocher, encore très immatures). C'est l'ajustement du *caregiver* à ses sollicitations qui diminuent les comportements aversifs au profit des comportements actifs et de signalisation. Bowlby précise en 1973 que cette phase sera allongée par des conditions environnementales défavorables (54).

– **Seconde phase** : entre 3 et 6 mois : « l'orientation et les signaux dirigés vers une ou plusieurs figures individualisées ».

C'est la période de début de contrôle des comportements d'attachement avec la différenciation des personnes familières et étrangères. On observe une orientation particulière vers les personnes familières et notamment la mère. L'enfant sourit par exemple plus fréquemment et plus intensément à son entourage habituel et encore plus à sa figure d'attachement principale. Il existe un effet de renforcement réciproque, fonction de la qualité des réponses des *caregivers*.

À noter que commence à se développer à ce stade un début de MIO, uniquement sensori-moteur, pour chacune des figures d'attachement.

– **Troisième phase** : de 6-9 mois au début de la troisième année : « maintien de la proximité avec une figure discriminée par les signaux et la locomotion ».

C'est une phase de développement majeure des capacités de l'enfant sur les plans cognitif, moteur et de communication. Il peut être actif dans sa quête de proximité avec sa figure d'attachement principale.

Le phénomène de base de sécurité s'établit et permet à l'enfant de développer ses capacités d'exploration dont la qualité est liée à celle de l'attachement.

Parallèlement à la mise en place de cette « base de sécurité », apparaît la peur de l'étranger et l'angoisse de séparation : confronté à une personne inconnue, l'enfant se tourne vers sa figure d'attachement, témoignant ainsi de l'activation de son système d'alarme.

L'enfant est capable d'adapter son comportement aux attentes parentales, il peut manipuler mentalement des représentations qu'il a intériorisées.

Tout cela lui permet de passer d'un besoin de proximité avec sa figure d'attachement à sa disponibilité, puis juste à son accessibilité en cas de détresse. À ce stade, l'organisation des comportements d'attachement est stable.

2. 3. 5. *Les différents types d'attachement*

La Situation étrange (Strange Situation Procedure ou SSP), mise au point par Ainsworth et al. (1978), est applicable aux enfants de 12 à 18 mois, observés avec leur figure d'attachement en « laboratoire ». Les réactions de l'enfant sont observées au cours de 8 épisodes de 3 minutes impliquant des séparations et des retrouvailles entre lui et sa mère, ainsi que l'intervention d'une personne étrangère. La cotation est divisée en 4 échelles « interactives » comprenant : la recherche de proximité, le maintien du contact, la résistance au contact et l'évitement de la proximité. Finalement, elle permet de distinguer 3 grands types d'attachement :

- L'attachement sécure : il est retrouvé chez 60 % des enfants en population normale. L'enfant proteste lors de la séparation et recherche lors de la réunion un contact physique qu'il maintient en s'agrippant jusqu'à ce qu'il soit calmé et qu'il reprenne alors son exploration et son jeu.
- L'attachement insécure-évitant : secondaire à un maternage évitant : les *caregivers* demandent à l'enfant de ne pas faire appel à eux lorsqu'il est en état d'alerte. Celui-ci met alors en place une stratégie de désactivation de sa réponse émotionnelle. Il ne proteste pas lors de la séparation et évite le contact aux retrouvailles. Ce type d'attachement concerne 10 % des enfants.
- L'attachement insécure ambivalent-résistant : retrouvé chez des enfants dont les parents ont tendance à avoir des comportements imprévisibles : se montrant tantôt ajustés et réactifs, tantôt détachés voire irrités. Au moment de la séparation, la détresse est d'emblée très intense et l'enfant

présente des comportements d'agrippement et une inconsolabilité importante au moment de la réunion. Cette stratégie se développe chez 5 % des enfants.

Ces deux derniers types d'attachement ne sont pas synonymes de psychopathologie, il s'agit de stratégies adaptatives mises en place afin de s'assurer la proximité du *caregiver* : la première en minimisant le signal de détresse à l'adresse de la figure d'attachement, la seconde en la maximisant.

Plus récemment, Main et Hesse (1990) ont décrit un quatrième style d'attachement :

– L'attachement désorganisé naît quand ces mécanismes adaptatifs sont défaillants : l'enfant utilise des stratégies contradictoires, voire échoue à en mettre une en œuvre. Il n'a été identifié que récemment et regroupe les cas inclassables dans les catégories précédentes, soit 10 à 15 % d'entre eux (Van Ijzendoorn et al. (1999) retiennent la prévalence de 15 % dans leur méta-analyse (64)). L'enfant n'a pas de stratégie stable, il peut montrer des comportements aberrants, mélangeant des stratégies sécures et insécures ou encore des ruptures brutales dans sa recherche de réconfort. Ce type d'attachement est corrélé à la survenue de psychopathologie ultérieure. Il s'observe dans les cas de maternage violent, imprévisible ou absent. On parle de paradigme du parent terrifié/terrifiant.

2. 3. 6. *Neurobiologie et génétique de l'attachement*

2. 3. 6. 1. Supports anatomiques

Chez l'enfant :

Plusieurs études se sont intéressées aux structures anatomiques cérébrales en jeu dans la constitution du lien d'attachement. Ainsi Schore (1994) a montré que les expériences médiées par le *caregiver* influencent de manière directe la mise en place des circuits neuronaux responsables du développement socio-émotionnel (65). Le cortex orbito-frontal (OFC) est la principale région impliquée dans la régulation des états émotionnels et motivationnels et apparaît comme le site primaire du fonctionnement cérébral à la naissance, selon Murray et Andrew (2000, (66)). Les interactions en face à face à 2 mois sont donc décrites comme « des événements interpersonnels courts, hautement excitants, et chargés affectivement qui exposent l'enfant à un haut niveau d'information sociale et cognitive » (67). Schore précise que ces interactions entre l'enfant et le *caregiver* influencent directement « l'impression » et le « câblage » des circuits du cortex orbital préfrontal. Il ajoute qu'il s'agit d'une aire corticolimbique qui connaît une période maturative majeure de l'âge de 10 à 12 mois, pour connaître une seconde période de croissance du milieu à la fin de la seconde année de vie (68).

Une étude de Saito et al. (2007) a ainsi montré que des vocalisations adressées à l'enfant étaient associées à une augmentation de l'activité du lobe frontal chez des nouveaux-nés à terme, et plus particulièrement dans des régions impliquées dans les expériences socio-affectives précoces, en

comparaison à un stimuli auditif dans lequel le discours était adressé à un adulte (69). Dans une autre expérience basée sur l'enregistrement d'un électroencéphalogramme (EEG), Hane et al. retrouvent que le niveau d'activité dans les régions frontales liées au comportement social et à la réactivité au stress chez les enfants était corrélé au niveau de sensibilité des comportements de *caregiving* maternels (70). En effet, les enfants exposés à un *caregiving* maternel de moins bonne qualité présentait une asymétrie frontale au niveau de l'EEG. Ce type d'enregistrement est, dans la littérature, associée à un tempérament d'inhibition comportementale (Davidson, 1994 (71) ; Fox et al., 1995 (72) ; McManis, Kagan, Snidman, & Woodward, 2002 (73)). Bien que le mécanisme à l'origine de cette asymétrie reste inconnu, Davidson (2000 (74)) suggère qu'il pourrait refléter une activité unilatérale au niveau de l'amygdale (*in* (70)).

Par ailleurs, des travaux menés grâce à la tomодensitométrie (TDM) avec injection de produit de contraste ont révélé que la distribution du flux sanguin durant la *Strange Situation Procedure* (SSP) variait selon le type d'attachement à 36 mois : on observe une répartition homogène du flux dans les deux hémisphères en cas d'attachement sécure, une concentration dans l'hémisphère droit (cerveau des émotions) en cas d'attachement ambivalent et dans l'hémisphère gauche (cerveau des cognitions) si l'attachement était évitant (65), (68).

Les informations générées par les expériences affectives de l'enfant sont « stockées » préférentiellement dans l'hémisphère droit au cours de la période précoce de développement neuronal et structurel du cerveau. Le cerveau de l'enfant se « sert » de la production du cortex droit du *caregiver* pour développer « en miroir » son propre cortex droit. Ce faisant, il augmente ses capacités de régulation affective. Tout se passe comme si à partir du « matériel » à disposition au niveau du cerveau du nouveau-né, l'OFC « téléchargeait » le logiciel de son *caregiver*, et pouvait ainsi se développer. Le « logiciel », dans la mesure où il émane directement du *caregiver*, peut être « endommagé » ou incomplet. Cette synchronie bidirectionnelle des deux hémisphères droits de l'enfant et de son *caregiver* apparaît finalement comme la conséquence du partage « en miroir » de leurs états affectifs, principalement au travers des échanges de regards (75).

L'hémisphère droit étant le plus impliqué dans la production de cortisol ainsi que dans les systèmes immun, neuro-endocrine et cardiovasculaire, il semble logique que des interactions *caregiver*-enfant synchronisées et ajustées sur le plan psychobiologique soient pourvoyeuses de meilleure santé physique par la suite (65). Le cerveau droit est donc impliqué dans la régulation des fonctions vitales permettant à l'organisme de gérer le stress de manière active et passive. Les relations précoces d'attachement modèlent donc les systèmes de régulation du stress du cerveau droit.

Toutes ces données soulignent bien que le *caregiver* se doit d'être extrêmement attentif aux états émotionnels du bébé dont il a la responsabilité. C'est sa disponibilité émotionnelle, bien plus que sa disponibilité « physique », qui constituera le principal promoteur des expériences de soins précoces (76) et limitera ainsi les conséquences d'une exposition précoce au stress, néfastes sur le développement cérébral (cf. *infra*).

Chez le *caregiver* :

Les techniques d'imagerie fonctionnelle et notamment l'IRM ont permis une cartographie des régions cérébrales impliquées dans le système de l'attachement chez l'adulte.

Les études chez l'animal ont permis de déterminer les structures et circuits cérébraux en jeu dans l'expression des comportements de *parenting* normaux (77). Plusieurs études ont notamment pointé le rôle du noyau pré-optique de l'hypothalamus antérieur (medial preoptic area, MPOA) (78), (79) et de ses connexions avec le système dopaminergique mésocorticolimbique (80). Des lésions provoquées de la MPOA sont en effet associées à une abolition des comportements de *parenting* chez des rates (allaitement, toilette...) (81), (82).

Ainsi, les circuits de l'hypothalamus, du cerveau médian, du système limbique et paralimbique et du cortex sont impliqués dans les réponses parentales au bébé. Les stimuli en provenance du bébé activent les régions basales du cerveau antérieur, qui régulent les circuits de contrôle des réponses du *caregiving*. Ces régions activent par ailleurs les circuits de l'empathie, de la régulation émotionnelle et de l'attention, pré-requis à un comportement parental adapté (Swain et al., 2007 (83)). Plus spécifiquement, Decety et Grèzes précisent que les circuits sous-tendant l'empathie parentale sont la région frontale inférieure, l'insula prémotrice, le cortex temporo-pariétal et le cortex cingulaire (84). Dans la lignée de ces travaux, Lenzi et al. (85) ont étudié le lien entre empathie et système des « neurones-miroirs ». Ce système initialement décrit par Iacoboni et al. (1999) est basé sur une population de neurones ayant la particularité d'être activée à la fois lorsque l'individu réalise une action avec sa main ou sa bouche, mais aussi quand il observe la même action réalisée par un autre individu.

Plusieurs aires ayant des propriétés « miroir » ont été identifiées via des études d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf). On retrouve le cortex ventral prémoteur, le gyrus frontal inférieur et le cortex pariétal postérieur (Iacoboni et al. 1999). Ces zones communiqueraient avec le système limbique via l'insula antérieure, expliquant son rôle central dans l'empathie. L'activation de l'ensemble du réseau, c'est-à-dire des neurones-miroirs et du système limbique via l'insula, est détectée en IRMf chez des volontaires « normaux » imitant et observant des expressions faciales émotionnelles (86). Une autre étude de Kaplan and Iacoboni (2006) a montré le lien entre activation

des neurones-miroirs et empathie chez des volontaires sains (87). Dans leur étude, Lenzi et al. évaluent la réponse neuronale de 16 mères primipares lorsqu'elles observent et imitent des expressions faciales (joie, détresse, ambiguë et neutre) chez leur propre bébé ou chez le bébé d'une autre femme. Ils observent que le système décrit plus tôt (neurones-miroirs/insula/système limbique) est activé de manière plus importante lorsque la mère observe son propre enfant, et que le niveau d'activité enregistré est fonction de la capacité réflexive des mères (évaluée via l'AAI, cf. *infra*) confirmant là encore le lien entre ce système et l'empathie maternelle.

2. 3. 6. 2. Rôle de l'ocytocine (OCT) et de la vasopressine (VP)

Ces deux neuropeptides sont à l'origine de la formation des liens sociaux, du soin parental, et sont associés à la régulation du stress de même qu'à la communication sociale ou encore la réactivité émotionnelle (88). L'OCT est synthétisée au niveau de l'hypothalamus avant d'être libérée dans la circulation sanguine via l'hypophyse. Elle est impliquée dans les contractions au moment de la naissance, et dans la lactation. De plus, on retrouve ses récepteurs dans les régions cérébrales précédemment décrites comme les supports des manifestations comportementales sociales et maternelles, telles que le MPOA, noyau de la strie terminale, striatum ventral (VS) (noyau accumbens inclus), et l'aire tegmentale ventrale (VTA) (57), (58).

Chez l'enfant :

Les études animales ont démontré que plus le niveau de ces hormones augmente, plus l'animal a d'interactions sociales positives : ils forment des liens sociaux (89, 90), ont un attachement parent-enfant sélectif (91) et gardent une mémoire de ces interactions sociales (92).

Dans leur étude, Fries et al. (2005) comparent les taux d'OCT et de VP urinaires chez des enfants ayant passé leurs premières années de vie en orphelinat, à ceux retrouvés chez des enfants élevés dans leur famille d'origine. Le taux basal de VP était diminué chez les enfants aux antécédents de négligence précoce, suggérant que ce vécu carenciel pourrait inhiber le développement du système VP. Par ailleurs, le taux d'ocytocine mesuré après une séance de jeu avec le *caregiver* principal (mère biologique ou mère adoptante selon le groupe) n'augmentait pas, par rapport au niveau basal, dans le groupe des enfants adoptés. Il est intéressant de noter qu'au moment de l'étude, les enfants adoptés étaient dans leur famille depuis trois ans, ce qui laisse à penser qu'une absence de soin adapté au début de la vie a un impact à long terme sur les systèmes de neurotransmetteur impliqués dans la constitution des liens sociaux et donc dans la formation des liens d'attachement (88).

Chez le *caregiver* :

Campbell (2008) montre que l'OCT et la VP sont des agents majeurs dans la mise en place des liens spécifiques parent-enfant (93). Il note ainsi que Takagi et al. (1985) retrouvent que les taux

d'ocytocine dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) et le plasma à la naissance, puis dans le post-partum, sont corrélés à des sentiments positifs et à une diminution de l'anxiété chez la mère, ce qui favorise la constitution du lien d'attachement (94). Il cite également les travaux de Bartels et Zeki (2004), qui retrouvaient que lorsque des mères regardaient des images d'enfants, les régions cérébrales des systèmes de récompense (dans lesquelles on observe une forte concentration de récepteurs de l'OCT et de la VP) étaient activées (95). D'autres études, comme celles de Uvnäs-Moberg et al. (1990) ou de Mezzacappa et Katkin (2002), sur la lactation, montrent que celle-ci est associée à un vécu subjectif du stress moindre, de même qu'à moins d'état affectif négatif. Chez les femmes allaitantes, le taux basal d'OCT est par ailleurs négativement corrélé à l'anxiété et à la culpabilité (96).

Finalement, ces données corroborent l'hypothèse selon laquelle il existe un lien entre OCT et sensibilité maternelle par le biais de ses interactions avec les systèmes de régulation du stress et des émotions (77).

2. 3. 6. 3. Rôle du stress : épigénèse de la transmission des modes d'attachement

Gunnar et al. ont décrit l'impact du stress sur le développement cérébral de l'enfant en fonction de la qualité des soins parentaux (Gunnar, 1999 (97) et 2003 (98)). L'activité du système neuroendocrinien hypothalamique-pituitaire-adrénocortical (HPA) est en effet très sensible à la disponibilité et à la sensibilité de la figure d'attachement. Les auteurs ont évalué la sécrétion de cortisol pour les 4 grandes catégories d'attachement : dans le cas d'un *pattern* sécure, il n'y avait pas d'augmentation du cortisol salivaire de l'enfant pendant une SSP, alors qu'en cas d'attachement désorganisé, le cortisol salivaire augmentait de manière significative.

Une des fonctions de l'attachement sécure serait donc de protéger le cerveau des conséquences dommageables d'une augmentation forte et brutale des glucocorticoïdes (97). Selon LeDoux, le stress intense durant la petite enfance fragiliserait l'amygdale, zone du cerveau impliquée dans la régulation de la peur (99). Sapolsky et al. (100) ont montré quant à eux qu'une telle exposition inhibait la neurogénèse et la myélinisation chez le primate. Elle était même associée à la mort cellulaire au niveau de l'hippocampe. Dans deux études de Teicher et al. (2002 et 2004), la négligence chez l'enfant est associée à une diminution du volume du corps calleux, de même qu'à une réponse anormale des systèmes OCT, VP, HPA et dopaminergique en cas d'exposition à un stress psychosocial. Ces auteurs retrouvaient également un ralentissement du développement du néocortex gauche, de l'hippocampe et de l'amygdale chez les enfants exposés à de telles carences (101), (102).

Finalement, pour Ledoux, une « cicatrice » laissée sur le cerveau des émotions resterait présente pendant plusieurs années, prête à être réactivée, l'exposition à des événements stressants à répétition menant à une hypervigilance aux stimuli potentiellement menaçants (99).

Par ailleurs, des études retrouvent une interaction gène-environnement pour expliquer le développement d'un attachement désorganisé chez l'enfant. Ainsi, Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg (90) observent en 2006 que les enfants porteurs de l'allèle 7-repeat DRD4 et dont les mères avaient une perte ou un traumatisme non résolu, étaient 19 fois plus à risque de développer un attachement désorganisé. En 2007, Gervai et al. (103) montraient que la discontinuité de la relation maternelle était un facteur de risque d'attachement désorganisé pour les enfants non porteurs de cet allèle comparativement à ceux qui en étaient porteurs. Enfin, Spangler & Zimmermann (2007) ont étudié le polymorphisme 5-HTTLPR et l'influence de l'environnement sur le développement d'un attachement désorganisé : il ressortait que les enfants homozygotes pour l'allèle court étaient plus à risque si leurs mères étaient peu sensibles, c'est-à-dire manifestant une faible capacité de réponse (104).

2. 3. 7. Attachement chez l'adulte et transmission intergénérationnelle de l'attachement

En 1985, Main et al. (105) ont mis en évidence une association significative entre représentations d'attachement chez la mère (évaluées à l'aide de l'Adult Attachment Interview (AAI)) et le style d'attachement de son enfant à 1 an tel que défini par l'analyse de son comportement lors de la SSP. L'AAI est un entretien semi-structuré, élaboré à partir de l'analyse du discours parental sur leur propre enfance (106). Il porte sur l'état d'esprit actuel vis-à-vis de l'attachement de la personne interrogée. Il permet de définir 3 catégories de figures parentales : autonome/sécure, détachée, et préoccupée, correspondant respectivement aux styles sécure, évitant et ambivalent chez l'enfant. En parallèle de la description du style d'attachement « désorganisé » est apparue la catégorie « non résolu/désorganisé » chez l'adulte.

L'étude du Parent Child Project de Fonagy (en 1991 (107) et en 1993 (108)) avait pour objectif de reproduire les résultats de Main et al. en se référant aux travaux de Fraiberg (1975), pour qui le passé conflictuel des parents pouvait interférer dans la relation avec leur enfant (elle métaphorisa son propos en évoquant la présence de « fantômes dans la nurserie » (109)). Les résultats ont montré qu'il existe une corrélation importante entre les représentations d'attachement de la mère en fin de grossesse (mesurées par l'AAI) et le pattern d'attachement de l'enfant à 12 mois : dans 75 % des cas, il y a correspondance entre la catégorie de la mère à l'AAI et celle du bébé à la SSP.

La méta-analyse de van Ijzendoorn (1995, (110)), reprenant les résultats de 19 études, conforte les résultats de Main et al., bien que des questions importantes concernant le lien entre les interactions parent-enfant actuelles et cette transmission restent sans réponse. Les auteurs relèvent par ailleurs une discontinuité dans la transmission dans 30 % des cas, notamment les concordances entre le pattern d'attachement du parent et celui de l'enfant sont plus faibles dans les échantillons de faible statut socio-économique.

Les hypothèses formulées pour expliquer ces modalités de transmission sont multiples.

La sensibilité maternelle, d'abord, qui a longtemps été considérée comme principal médiateur de cette continuité. La mère sécurisante percevrait mieux les signaux de son enfant et y répondrait de manière rapide et ajustée. Les auteurs considèrent alors que c'est par le biais de leur comportement que les mères transmettent leur état d'esprit à l'enfant (105). Cette hypothèse comportementale a été mise en avant par la recherche pendant de nombreuses années (Slade et al. 2005, (111)).

Van Ijzendoorn a remis en cause ce lien de causalité « unique » entre sensibilité maternelle et transmission de l'attachement. Ainsi, il démontre dans sa méta-analyse que seule une faible proportion (23 %) de l'association entre état d'esprit maternel et sécurité de l'enfant s'explique par la sensibilité maternelle (110). Ce faisant, il s'interroge sur les facteurs responsables de cette transmission, nommant ces éléments manquant le « transmission gap ».

En précisant le concept de sensibilité, plusieurs études ont cherché à préciser les mécanismes de cette association. Raval et al. (2001) ont par exemple montré que c'est davantage la capacité de la mère à être attentive à son enfant lorsqu'elle est occupée à d'autres tâches qui serait importante, et ce plus que sa capacité à lui répondre en situation de face à face (112). Mc Elwain & Booth-Laforce (2006) insistent sur la sensibilité à la détresse comme facteur prédictif de la sécurité de l'attachement (113). Malgré ces précisions dans la définition de la sensibilité et une meilleure prédictivité de cette dernière, elle n'explique toujours que 24 % environ de la correspondance entre état d'esprit parental et style d'attachement de l'enfant (114).

Le concept de mentalisation ou conscience réflexive, telle que décrite plus haut, semble une voie prometteuse pour rendre compte des modalités de la transmission. En effet, pour Fonagy et al., la conscience réflexive de la mère, au sein de sa relation d'attachement à l'enfant, renvoie à sa capacité de garder son bébé à l'esprit et de donner du sens à ses états internes, ses émotions, ses pensées et ses intentions, ainsi qu'aux siens. Comprenant ainsi les états émotionnels sous-tendant les comportements de son enfant, en particulier sa tendance à chercher proximité et réconfort, la mère est en mesure de proposer des expériences physiques et psychologiques propices au développement de la sécurité du bébé. ((108), (111) et (115)). Tout se passe comme si les possibilités d'exploration induites par une relation d'attachement sécuritaire concernaient autant le monde psychologique que le monde physique du développement de l'enfant. Ce dernier peut donc explorer les états mentaux de sa mère et développer sa capacité à réfléchir tant sur les états mentaux des autres que sur les siens, ce qui lui permet d'améliorer la régulation de ses émotions et la qualité de ses interactions. Grienberger et al. (2005) soulignent que la fonction réflexive parentale est fondamentale pour la régulation de la peur et la détresse du bébé via les comportements parentaux, ce qui serait favorable au développement d'un attachement sécuritaire (116).

Le concept de *mindmindedness*, défini par Meins et al. et évoqué précédemment, permet une redéfinition de la sensibilité des mères en insistant sur la capacité de ces dernières à penser les choses en adoptant le point de vue de l'enfant. En 2001, ils retrouvent que les enfants dont les mères ont manifesté un *mindmindedness* approprié lors d'une séance de jeu libre sont plus susceptibles d'être classés sécures (61). Ces résultats ont été reproduits par Bernier & Dozier (2003) qui ont évalué 64 enfants âgés de 6 à 30 mois et leurs mères. Ils retrouvaient que la tendance des mères à évoquer leur enfant en termes d'états mentaux (*mindmindedness*) était liée à la fois à un état d'esprit sécure chez la mère (AAI) et à un pattern d'attachement sécure chez l'enfant (114).

D'autres auteurs, comme Cowan & Cowan (2009), Eiden, Teti, & Corns (1995) ou encore Dickstein, Seifer, & Albus (2009) ont insisté sur le fonctionnement familial et la qualité de la relation de couple pour tenter d'expliquer les mécanismes de cette transmission (117), (118), (119).

Dans leur méta-analyse de 2016, Verhage et al. (120) postulent que dans la mesure où aucune de ces études réalisées ces vingt dernières années ne retrouve de facteurs expliquant totalement l'association entre les représentations d'attachement chez le *caregiver* et l'attachement chez l'enfant, cette transmission intergénérationnelle doit dépendre de multiples voies en dehors de la sensibilité du *caregiver*, et de multiples niveaux outre le niveau comportemental (niveau cognitif et métacognitif par exemple). Les médiateurs alors envisagés par les auteurs sont les facteurs d'environnement. En effet, Tarabulsky et al. (2005) ont montré qu'après ajustement sur différents facteurs environnementaux (niveau d'éducation et dépression maternelle, soutien du père, soutien de la grand-mère maternelle), la sensibilité maternelle restait un médiateur significatif de la transmission, mais pas les représentations maternelles d'attachement (mesurées à l'AAI) (121). Cela suggérait donc que la transmission de l'attachement se faisait dans le contexte global du développement de l'enfant. Plus récemment, Bernier, Matte-Gagné, Bélanger, & Whipple (2014) ont conceptualisé un modèle intégrant la notion de « soutien à l'autonomie » (défini comme la capacité du parent à soutenir l'enfant dans ses explorations) aux concepts habituels de sensibilité et d'état d'esprit maternel, plaidant ainsi pour une approche multidimensionnelle du comportement parental.

Pour Verhage et al., les recherches futures devraient donc s'attacher à étudier des modèles intégratifs des mécanismes de transmission de l'attachement, incluant facteurs environnementaux, familiaux et même biologiques et génétiques tels que nous les avons abordés précédemment. Se basant sur les travaux de Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, (2011, 2015) (122), (123), ils soulignent que ces modèles pourraient également considérer les facteurs liés à l'enfant (en termes de vulnérabilité génétique et tempéramentale aux facteurs environnementaux) dans l'hypothèse d'une transmission épigénétique de l'attachement.

Ils proposent finalement de schématiser cela de la manière suivante :

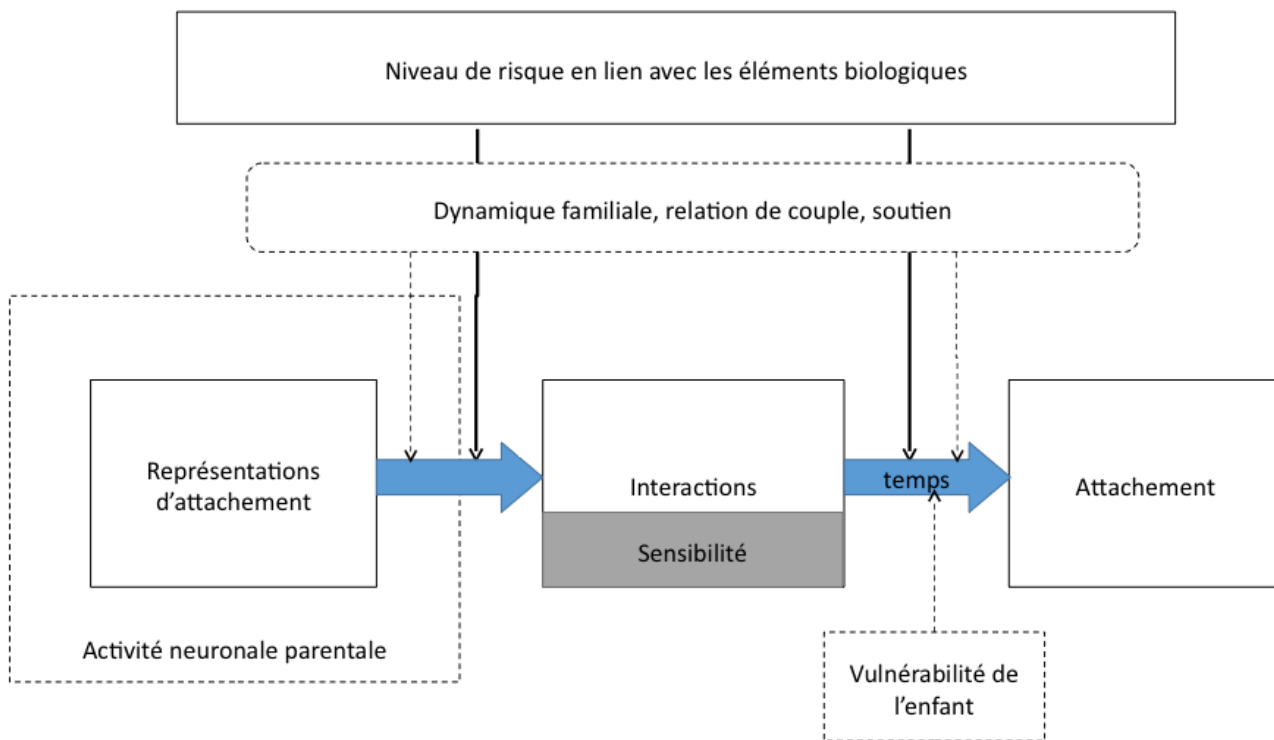


Figure 1. Modèle théorique de la transmission intergénérationnelle de l'attachement

3. Le trouble grave de la personnalité de type *borderline* (TPB)

3. 1. Généralités sur les troubles de la personnalité

Chaque individu ayant son propre style de vie, sa manière d'être avec autrui, la frontière entre normal et pathologique est difficile à établir. Il n'existe pas de définition satisfaisante de la personnalité normale. Le concept le plus utile est sans doute celui de normalité fonctionnelle, définie par la capacité du sujet à s'adapter à son environnement et à utiliser au mieux les ressources de sa personnalité pour contribuer à son épanouissement personnel et à son bien-être relationnel. Par opposition, la personnalité pathologique d'un individu se définit alors comme un ensemble de traits de caractère relativement stables dans le temps qui le conduisent à échouer dans les buts qu'il se fixe et à faire souffrir son entourage, ceci en dépit de sa volonté et malgré, parfois, une certaine conscience de ses troubles (124).

Les troubles de la personnalité constituent une entité singulière au sein de la nosographie psychiatrique. On considère habituellement que la personnalité se constitue progressivement au cours du développement. Le modèle théorique développé par Cloninger (125) en 1987 décrit la personnalité comme « une fonction développementale de traits de caractère combinés aux dimensions innées du tempérament ». Dans ce modèle, le tempérament est conçu comme une somme de dispositions neurobiologiques héritées qui conditionnent les processus cognitifs et adaptatifs que l'enfant déploie au cours de sa maturation.

La mise en place progressive des traits de personnalité résulterait ainsi d'une relation bidirectionnelle entre tempérament génétiquement déterminé et environnement (milieu socioculturel, événements de l'époque, personnalité et style éducatif des parents, composition de la constellation familiale et place au sein de celle-ci, événements de vie précoces). Il est toutefois difficile d'évaluer précisément le poids respectif de ces facteurs au cours du développement, et les différentes hypothèses physiopathologiques des troubles de la personnalité donnent toujours lieu à nombre de controverses scientifiques entre généticiens, psychanalystes, comportementalistes, systémiciens et sociologues.

3. 2. Définition du TPB : perspectives historiques

3. 2. 1. Précisions sémantiques : états limites et trouble de la personnalité borderline

Dans son assertion actuelle, le terme *borderline* est habituellement utilisé en référence au trouble de la personnalité de type *borderline* (TPB) tel qu'il a pu être défini dans les dernières versions du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM, (126)). Cependant la définition qui avait

été proposée pour la première fois en 1980 (127) était l'héritière de travaux préalables de cliniciens s'étant fixé pour objectif de circonscrire une réalité clinique avec des perspectives épistémologiques différentes. Cette évolution relativement récente a contribué à une confusion fréquente entre le TPB et l'état limite.

L'état limite désigne en effet plusieurs concepts selon les auteurs : pour les uns, il est la traduction française du terme *borderline*, pour les autres, dans une perspective plus psychanalytique, il se rapporte à un type « d'organisation » de la personnalité (particularités observées dans le cadre de la relation thérapeutique : initialement décrites par Stern (1936) comme une « psychose de transfert » (128), ces spécificités ont pu être retrouvées dans une étude, celle d'Hobson et al. en 1998 (129)). Enfin, il s'appliquait parfois à une entité située « entre névrose et psychose », dans la mesure où les tableaux cliniques « associent pêle-mêle des signes cliniques d'allure névrotique, psychotique et thymique, ce qui rend impossible la description d'une vignette clinique typique » (128).

En 1999, Chaine et Guelfi (130) préconisaient le maintien possible des deux appellations : le terme *borderline* serait alors utilisé en référence aux critères diagnostiques standardisés d'une catégorie diagnostique autonome, et l'expression « état limite » désignerait les traductions cliniques hétérogènes que cette organisation pathologique peut revêtir.

3. 2. 2. Perspectives psychanalytiques

S'attachant à décrire l'évolution de ce concept, Guelfi (131) rappelle que son histoire le situe à la frontière des perspectives psychanalytiques et psychiatriques. C'est Hugues (*in* (3)) qui en 1884 utilise pour la première fois le terme « *borderline* » dans la littérature médicale. Après la description des névroses au XVIII^e siècle par Cullen puis Pinel, et celle des psychoses par Esquirol au XIX^e, Hugues s'emploie alors à décrire un « état frontière de la folie ». Le terme *borderline* désigne à cette période des symptômes physiques survenant au cours d'affections psychiatriques, et ne sera plus utilisé jusqu'en 1940. En Europe, différents tableaux cliniques ont été identifiés comme se situant aux limites des cadres nosographiques connus. Le trouble *borderline* a longtemps été considéré, du point de vue nosographique, comme relevant de la schizophrénie. Les auteurs s'accordaient pour décrire deux types d'états « mixtes » ou « schizonévrotiques » (Ey, 1955) : possibilité de passage d'un état à l'autre dans un cas (conception hiérarchique de la personnalité), forme d'existence relative permanente d'une « instabilité stable » dans l'autre.

Comme Gunderson (132) le rappelle dans une synthèse sur la genèse du diagnostic « trouble de la personnalité *borderline* », l'identification de ces patients au cours de la seconde moitié du XX^e siècle est marquée par une approche psychanalytique des troubles mentaux. En effet, les analystes observent des modalités transférentielles particulières de certains patients jusqu'alors considérés

comme « névrotiques » : ils décrivent une altération de la relation patient-thérapeute, comparable à celle retrouvée avec les patients psychotiques. Stern (*in* (132)), se réappropriant le terme de « *borderline* », décrit le sentiment d'insécurité diffuse de ces patients, leur hyperesthésie affective et leur défaillance de l'estime de soi, qu'il relie à une « défaillance narcissique fondamentale ». Il s'interroge sur l'efficacité de la cure analytique sur ces patients, dont la sensibilité aux interprétations dans le cadre de la thérapie, perçues comme des critiques, bloquerait le processus thérapeutique.

À sa suite, Deutsch puis Winnicott (*in* (132)) définissent des distorsions dans les relations d'objet de ces sujets dont les relations à autrui sont marquées par un manque d'authenticité. Personnalité « as-if » pour Deutsch, fonctionnement en « faux-self » pour Winnicott, ces patients donnent superficiellement l'illusion de la normalité. En 1959, Schmidberg (*in* (132)) décrit l'état limite comme « une organisation stable dans l'instabilité », aux confins des névroses, des psychoses psychogènes et de la psychopathie. Cliniquement, il souligne le défaut de modulation émotionnelle, l'intolérance à l'angoisse et la forte prévalence des affects dépressifs chez ces patients. Il pointe par ailleurs leurs comportements excessifs, leur tendance à l'agir comme défense contre le vide intérieur, ainsi que leur trouble du jugement ou leur intolérance à la frustration. D'autres psychanalystes tels que Grinker, Werble et Drye (133) ont contribué à la description syndromique du trouble, formulant l'hypothèse que l'observation des comportements de ces patients permettrait d'en appréhender « les fonctions du Moi ».

Pour Gunderson en 2009 (132) puis Guelfi en 2011 (131), c'est à Kernberg (1967) que l'on doit la plus importante contribution psychodynamique à la définition de l'état limite (134). Analysant les aspects structurels du Moi dans ce trouble, il propose une théorie générale multidimensionnelle de l'organisation de la personnalité (135). Il détermine un classement des niveaux d'organisation de la personnalité allant de la personnalité « normale » aux névroses et aux psychoses, les états limites se situant en position intermédiaire. Sur le plan psychopathologique, « l'organisation *borderline* de la personnalité » est marquée par des défenses primitives (clivage (idéalisation/rejet), identification projective ou encore déni), la diffusion de l'identité, et des erreurs d'interprétation dans l'expérience de la réalité.

En France, Bergeret a également développé une théorie de la structuration limite de la personnalité, considérant qu'il s'agissait d'une « troisième lignée psychopathologique », sans symptôme névrotique ni décompensation psychotique franche (136).

Enfin, les travaux de Widlöcher (137) permettent de faire la distinction entre états limites et conflit névrotique par leur modalité de représentations de Soi et des objets : perçues et traitées de manière adaptée chez le patient névrotique, elles deviennent partie de Soi, « introjects » chez le

patient limite. Il différencie organisation limite et psychotique par des critères négatifs : absence de confusion entre monde extérieur et intérieur, absence de dissociation de l'appareil psychique.

3. 2. 3. *Approche nosographique récente : catégorielle versus dimensionnelle*

Grinker et al. (133) furent les premiers à préciser un ensemble de critères discriminants caractérisant le « Borderline Syndrome ». Ce faisant, ils permirent l'identification d'un syndrome relativement stable, avec une bonne consistance interne, et dont les composantes fondamentales étaient : l'agressivité, un mode de relation à autrui de type anaclitique, un trouble de l'identité et une forme particulière de dépression. Le « trouble de la personnalité *borderline* » fait finalement son entrée dans le DSM-III en 1980 (138). Il est alors établi qu'il n'est pas lié à la schizophrénie, et l'inclusion simultanée du trouble de la personnalité schizotypique dans la classification achèvera de finaliser cette distinction. À partir de là, de nombreux auteurs comme Gunderson (à partir de 1975), McGlashan (1986), et plus tard Zanarini (à partir de 1998) ont cherché à dégager des constellations de traits ou des critères fondamentaux les plus spécifiques possibles du trouble, dans l'objectif de développer des systèmes de mesure validés et fiables.

Les avancées de la recherche et une approche plus biologique de la psychiatrie ont montré que le TPB était un syndrome cohérent, dont l'évolution différait clairement de la schizophrénie ou de la dépression, en identifiant notamment des spécificités concernant l'agrégation familiale, le profil évolutif ou encore certains marqueurs biologiques (132).

Pourtant, l'approche catégorielle, qui a pour objectif l'homogénéité des classes diagnostiques, de même que la définition de frontières claires entre les classes et l'exclusion des catégories entre elles, trouve ses limites dans le cas de la personnalité *borderline*. Skodol, dans une revue de 2002 (139), reprend ainsi les différents arguments en faveur d'une approche dimensionnelle des troubles de la personnalité, déjà établis par de nombreux auteurs avant lui, tels que Clark et al. (1997) (140), Gunderson et al. (1991) (141), Livesley (1998) (142), Oldham & Skodol (2000) (143)... Les critiques pointent notamment le manque de support empirique à la fixation d'un seuil pour le diagnostic des troubles de la personnalité, la perte d'information clinique potentiellement importante par l'utilisation de critères sur le mode absence/présence, la grande hétérogénéité retrouvée au sein des catégories, le chevauchement important entre les catégories et les nombreuses comorbidités, le manque de distinction claire entre personnalité normale et anormale, ainsi qu'une couverture limitée de la psychopathologie du sujet via ces critères.

Dans le cas précis du TPB, les études empiriques réalisées à partir des neuf critères isolés dans la classification américaine retrouvent une absence de signification clinique du seuil des cinq critères retenus actuellement selon Kendell (2002), cité par Skodol. L'autre élément important est la grande

hétérogénéité clinique recouverte par l'ensemble des combinaisons de critères : il y a en effet jusqu'à 151 manières de répondre à ce diagnostic selon les critères polythétiques du DSM-IV, aucun des critères n'apparaissant comme discriminant (139). Cela implique une diversité substantielle parmi les patients atteints du trouble, puisque deux personnes présentant le diagnostic peuvent n'avoir qu'un critère en commun.

Partant de ce constat, de nombreux auteurs comme Paris, Gunderson, Skodol, ont cherché à développer des critères diagnostiques basés sur une approche dimensionnelle du trouble.

Plus globalement, le groupe de travail sur les troubles de la personnalité pour l'élaboration du DSM-V a préconisé le remplacement de critères comportementaux par des traits de personnalité, cherchant ainsi à garantir une meilleure stabilité temporelle des diagnostics. La personnalité serait donc définie par six dimensions principales (correspondant à 37 « facettes » spécifiques), dont quatre correspondraient à la personnalité *borderline* : l'émotionnalité négative (6 facettes : la labilité émotionnelle, les auto-agressions, l'insécurité liée à la séparation, les tendances anxieuses, l'estime de soi basse et la dépressivité de l'humeur), l'antagonisme, la désinhibition et la schizotypie (131).

Finalement, cette approche n'a pas été retenue, jugée trop complexe à utiliser en pratique clinique, certains, comme Verheul (2012), pointant le risque d'une rupture nosographique trop nette en termes de continuité dans la recherche (144). Un modèle hybride dimensionnel-catégoriel reste cependant à l'étude dans la section III du manuel. La principale nouveauté concernant les troubles de la personnalité dans le DSM-V est leur intégration à l'axe I du manuel, ce qui contribue à atténuer une vision jusqu'alors « hiérarchique » des pathologies mentales, distinguant de manière artificielle, selon certains auteurs comme Krueger (2005), les « troubles cliniques » d'un côté et les « troubles de la personnalité » de l'autre (145).

3. 3. Description clinique

3. 3. 1. Description psychopathologique

Comme nous l'avons souligné précédemment, le tableau symptomatique présenté par les patients « limites » est marqué par un extrême polymorphisme des manifestations. Aucun des critères ou symptômes ne s'avère pathognomonique. Ce sont la co-occurrence, la fluctuation et la diversité des symptômes observés chez le patient, leur labilité, qui permettent la présomption diagnostique.

L'ensemble des critères retenus dans le DSM recouvre les principaux domaines d'expression du trouble :

– *Les perturbations des affects* :

V. Lemaître (146), dans ses travaux sur la parentalité des femmes souffrant de TPB, souligne l'intolérance à la frustration et aux vécus dépressifs retrouvés chez ces patients. Pour elle, « tout se passe comme si le sentiment d'identité de la femme, habituellement garanti par la stabilité de sa névrose infantile, dépendait constamment de l'effet concret qu'elle produit sur l'autre, effet dont elle a besoin pour se faire une représentation de ce qu'elle vit ». Elle insiste également sur la prédominance des phénomènes projectifs, qui conduit fréquemment à une confusion Soi/Autre et une incapacité à distinguer ce qui fait du bien de ce qui fait du mal.

Pour Clarkin et Posner (147), les principaux symptômes observés chez les patients souffrant d'un TGP de type *borderline* sont le reflet de cette tendance à une prédominance d'affects négatifs associée à un défaut d'auto-régulation. En effet, les affects négatifs, et particulièrement l'hostilité et l'agressivité, envahissent le système de gestion des informations de l'individu ainsi que l'organisation psychique de ses expériences personnelles et interpersonnelles.

Chez ces patients apparaissent alors des manifestations de rages intenses et inappropriées, ainsi qu'une difficulté à contrôler leur colère. Ces épisodes sont fréquemment sous-tendus par une instabilité affective liée à une réactivité de l'humeur (dysphorie, irritabilité, anxiété) dont les oscillations sont souvent déclenchées par des modifications minimales de l'environnement.

Pour Gratz and Roemer (148), la dysrégulation émotionnelle correspond à une réponse inadaptée à la détresse émotionnelle, incluant des difficultés de contrôle comportemental face au stress, et un déficit dans l'utilisation des émotions comme informations. Il s'agit d'une construction multidimensionnelle incluant : un manque de conscience, de compréhension et d'acceptation des émotions, un manque d'accès à des stratégies adaptatives permettant de moduler l'intensité et la durée des réponses émotionnelles, un évitement des expériences stressantes sur le plan émotionnel, et l'incapacité à se contrôler sur le plan comportemental en cas d'expériences stressantes.

Plus spécifiquement, plusieurs études indiquent que les individus souffrant de TPB présentent un plus haut niveau d'intensité et de réactivité affective que les personnes ayant un autre trouble de la personnalité (149) (150) ou un trouble bipolaire de type II (149). Certains travaux, comme ceux de Levine et al., précisent même que ce lien entre intensité/réactivité affective et TPB serait spécifique aux émotions négatives (151), ce qui va dans le sens des travaux de Clarkin et Posner cités précédemment.

Les patients décrivent fréquemment un sentiment de vide, de vacuité, les conduisant à la recherche permanente d'occupations. Ce sentiment de vide et de lassitude reste le plus souvent dénué de toute signification apparente.

L'angoisse constitue enfin une des manifestations les plus constantes du trouble, elle est fluctuante, allant de la symptomatologie type « attaque de panique » à « un malaise existentiel diffus », compromettant la qualité des relations entre le patient et son entourage.

– *Les perturbations cognitives : trouble des relations interpersonnelles et trouble de l'identité :*

Les éléments interpersonnels, de même que le trouble de l'identité, sont précisés par Kernberg (135) comme résultant d'une mauvaise intégration des bons et mauvais objets. Il précise qu'il n'y a pas de perte de limites de soi ou de perte de contact avec la réalité, par opposition aux patients psychotiques. Dans l'impossibilité d'échapper ou de transformer la réalité de leur expérience, ces patients ont recours, via leur impulsivité, à de nombreuses manifestations auto- ou hétéro-agressives. On peut assister à des revirements brutaux des systèmes de valeur, des objectifs et de la perception de soi. Néanmoins, lors d'un stress intense, des moments transitoires de déréalisation/dépersonnalisation peuvent se produire ; la rupture avec la réalité est alors de courte durée.

Les relations interpersonnelles intenses et chaotiques des personnes souffrant d'un TPB sont marquées par des dévalorisations brutales de l'autre, à la mesure de l'idéalisation antérieure.

Entre crainte de l'abandon et recherche fusionnelle, le patient cherche à éviter à tout prix la solitude et le sentiment de vide dont il est envahi. Dans ses efforts effrénés pour éviter la séparation, il a parfois recours aux passages à l'acte auto-agressifs.

Le trouble de l'identité correspond quant à lui à un niveau d'organisation intrapsychique secondaire basé à la fois sur des dispositions tempéramentales et sur la confrontation à l'environnement (événements traumatiques, parfois). Il est caractérisé par un manque d'intégration du concept de Soi et des autres. Cela dériverait d'une dissociation excessive entre investissement affectif de soi (positif et négatif) et représentations des autres, conduisant à une mauvaise évaluation par le sujet de ses propres capacités et motivations.

Finalement, trouble des relations interpersonnelles et trouble de l'identité peuvent s'expliquer par une perturbation des schémas cognitifs, avec notamment cette pensée en « tout ou rien », que Beck & Freeman (1990) nomment la « pensée dichotomique » (152). Les auteurs, cités par Skodol en 2002 (139), proposent 3 schémas cognitifs perturbés à l'origine de ces troubles : 1) le monde est dangereux et malveillant, 2) je suis faible et vulnérable, 3) je suis intrinsèquement rejeté. Plus récemment, Zanarini et al. (1998) ont identifié des croyances communes et discriminantes assez similaires chez les patients souffrant de TPB : 1) je suis en danger, 2) je suis comme un petit enfant, 3) je me sens négligé (153).

– *L'impulsivité* :

Elle se manifeste dans différents domaines tels que consommation de toxiques, compulsions alimentaires, dépenses excessives, mises en danger (conduites sexuelles à risque ou conduite automobile dangereuse).

Clarkin et Posner (147) considèrent l'impulsivité comme le meilleur critère prédictif de la psychopathologie *borderline* au cours du temps. Elle est notamment en lien avec les comportements suicidaires observés chez ces patients.

Cette multiplication des passages à l'acte (automutilations, tentatives de suicide), souvent dénuée de signification, semble s'inscrire dans un « agir » relationnel. Capacité de subjectivation et de symbolisation font défaut et laissent le sujet démuni dans sa relation aux autres, le clivage empêchant l'élaboration et conduisant à la répétition de ces gestes, ainsi « érigés en véritable mode de communication ».

3. 3. 2. DSM-V

Les critères généraux des troubles de la personnalité sont les suivants :

A – Modalités durables de l'expérience vécue et des conduites qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :
1/ la cognition, c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements ;
2/ l'affectivité, c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle ;
3/ le fonctionnement interpersonnel ;
4/ le contrôle des impulsions.
B – Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.
C – Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
D – Ce mode est stable et prolongé et ces premières manifestations sont décelables, au plus tard, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
E – Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.
F – Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance, par exemple une drogue, donnant lieu à un abus, ou un médicament ; ou d'une affection médicale générale, par exemple un traumatisme crânien.

La définition du TPB telle qu'on la retrouve dans la dernière version du DSM (126) est la suivante :

Comportement général marqué par l'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi, des affects ainsi que par une impulsivité marquée, débutant chez l'adulte jeune et présent dans des contextes variés comme indiqué par 5 (ou plus) des 9 critères suivants :

1.	Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires. (Note : ne pas inclure les comportements suicidaires ou d'automutilation couvert par le critère 5).
2.	Un mode de relations interpersonnelles instable et excessif caractérisé par l'alternance entre une idéalisation et une dévalorisation extrêmes.
3.	Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image de soi ou de la conscience de soi.
4.	Impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement dommageables (par exemple : les achats, la sexualité, la toxicomanie, les conduites dangereuses, les crises de boulimie). (Note : ne pas inclure les comportements suicidaires ou d'automutilation couvert par le critère 5).
5.	Comportements suicidaires, de geste ou de menace suicidaire ou d'automutilation récurrents.
6.	Instabilité affective due à une forte réactivité de l'humeur (par exemple : dysphorie intense épisodique, irritabilité ou <i>anxiété</i> durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
7.	Sensations chroniques de vide intérieur.
8.	Colère intense et inappropriée ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple : fréquents mouvements d'humeur, colère constante, bagarres à répétition).
9.	Idéation paranoïde ou symptômes dissociatifs sévères transitoires et liée au stress.

3. 4. Épidémiologie

La prévalence des troubles de la personnalité en population générale a longtemps été estimée à partir des échantillons cliniques recrutés pour d'autres études et était donc largement spéculative (131).

Différentes études épidémiologiques menées depuis les années 1990 retrouvent une prévalence des troubles de la personnalité variant de 9 à 15,7 % avec une médiane à 10,56 % (154). Globalement, et malgré certaines différences méthodologiques, une personne sur 10 souffrirait donc d'un trouble de la personnalité.

La prévalence du trouble *borderline* varie lui de 0.5 à 5.9 % (131). Pour Trull et al. en 2010 (2), repris par Paris et Black en 2015 (155), elle se situerait plutôt autour de 2 %.

Considéré pour la plupart des auteurs comme un trouble majoritairement féminin (75 % des cas) d'autres avancent qu'il n'existe en fait pas de différence de prévalence homme/femme. Ainsi, à partir des données d'une étude de cohorte ayant suivi un échantillon représentatif de la population nationale d'environ 10 000 adultes aux EU (le National Comorbidity Survey-Replication, NCS-R (156)), Lenzenwenger et al. (2007) montrent l'absence de surreprésentation féminine dans la population de patients porteurs d'un TPB. La surreprésentation des femmes en population clinique pourrait être liée à des biais méthodologiques (nombre de femmes plus important dans les échantillons cliniques (157)) ou encore, comme le proposait Torgersen et al. (2001), refléter un meilleur accès aux soins de ces dernières (158).

En population clinique, l'estimation de prévalence la plus fréquemment retrouvée dans la littérature est aux alentours de 10 % pour les populations de patients ambulatoires, allant jusqu'à 15 voire 25 % chez les patients hospitalisés ((159), (132) in (160)). Certains auteurs insistent toutefois sur la tendance des cliniciens à sous-estimer la fréquence du diagnostic. En effet, Zimmerman et al. (2008) remarquent que la prévalence des troubles de la personnalité varie du simple au double en fonction de la nature de l'entretien : non structuré ou semi-structuré. Les études utilisant un entretien semi-structuré (comme la version rapide de la Personality-Assessment-Schedule (PAS) (161), la PAS-Q (162)) retrouvent entre 18 % et 42,7 % de TPB chez les patients, en faisant l'un des deux diagnostics les plus fréquents dans la plupart des études (163). L'étude MIDAS (2003), considérée par Guelfi et al. comme la plus vaste étude en population clinique (854 patients) et utilisant un entretien semi-structuré comme mode d'évaluation (Structured Interview for the DSM-IV Personality Disorders, SIDP-IV de Pföhl et al.), retrouve 9 % de TPB dans l'échantillon, dont seulement un tiers ne présentant pas d'autres troubles de personnalité associés (125).

3. 5. Stabilité du diagnostic et évolution

La stabilité des troubles sur une durée de six mois ou plus fait partie de la définition même des troubles de la personnalité dans le DSM. Hors, comme l'ont montré de nombreuses études de suivi ces dernières années, il existe un taux très important de rémission chez les patients souffrant d'un TPB. Ainsi, Zanarini et al. (2006) montrent que 88 % des patients connaissent au moins une rémission en 10 ans et que ces rémissions sont stables dans le temps, puisque les auteurs ne retrouvent que 6 % de récurrence (164). Une autre vaste étude de cohorte, la CLPS (Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study, 2011), incluant 175 patients avec un TPB, retrouve que le taux de rémission cumulatif à 10 ans varie de 85 % (12 mois) à 91 % (2 mois). Ici, la rémission est définie comme le fait de n'avoir plus que deux critères ou moins soit durant 12 mois consécutifs, soit durant 2 mois consécutifs (165). Chaîne & Guelfi, citant plusieurs études ((166), (167)) précisent que seuls

50 % des patients maintiennent le nombre de critères nécessaires au diagnostic à 2 ans. Ces données sont à nuancer, dans la mesure où, dans la majorité des études précédemment citées, les auteurs insistent sur la persistance d'un dysfonctionnement social majeur (165).

Si l'on revient à une approche plus dimensionnelle du trouble, celui-ci apparaît plus stable au cours du temps, Skodol et al. (2008) proposant que les troubles de la personnalité soient caractérisés par une constellation de traits inadaptés, stables dans leur structure, mais fluctuants au cours du temps en termes de sévérité et d'expression. Son travail et les résultats de la McLean Study Adult Development (MSAD) (168) retrouvent une diminution de l'ensemble des symptômes étudiés. Cependant, les différentes catégories de symptômes ne décroissent pas de la même manière, les affects dysphoriques restant par exemple présents chez 79 % des patients, alors que l'impulsivité s'améliore au cours du suivi.

Il est important de souligner la forte prévalence du suicide dans cette population. En effet, celle-ci rejoint la fréquence observée chez les patients présentant une schizophrénie ou un trouble de l'humeur, soit un chiffre de près de 10 % (131). Ce risque de mortalité par suicide est environ 50 fois supérieur à celui retrouvé en population générale (169). Dans l'étude de cohorte CPLS, 20,5 % des patients avec un diagnostic de TPB faisaient une tentative de suicide au cours des 2 ans de suivi (170).

3. 6. Comorbidités

Le trouble de personnalité de type *borderline* est par ailleurs associé à de nombreuses comorbidités. Il existe une abondante littérature qui met en lumière leur importance dans l'étude du trouble. A. Skodol et al. (2002) précisent que le terme « comorbidités » désigne deux maladies distinctes apparaissant chez un même individu. Certains auteurs préfèrent le terme plus neutre de « co-occurrence », et insistent sur la complexité à individualiser chacun des troubles, alors même que les critères DSM pour le trouble *borderline* incluent l'abus de substances, les troubles du comportement alimentaire, une instabilité de l'humeur ou encore des symptômes psychotiques transitoires. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer la fréquence de ces co-occurrences ((171) cité par (139)). Certains troubles comme la dépression pourraient entraîner le développement de traits et de comportements retrouvés dans le TPB. Inversement, la psychopathologie *borderline* pourrait favoriser le développement de troubles thymiques. Chaîne et Guelfi (2011) rappellent ainsi que la sévérité et la récurrence d'un trouble dépressif majeur sont prédictives d'un TPB associé (131). D'autres troubles pourraient n'avoir aucun lien avec le TPB, mais du fait d'une prévalence importante dans les populations de patients, avoir tendance à exister de manière simultanée. Il y a alors une influence réciproque de chacun des troubles sur l'autre (en termes d'expression symptomatique et d'évolution). Enfin, les auteurs envisagent que le TPB et

certains troubles de l'axe I partagent des facteurs étiologiques communs qui augmentent leur co-occurrence. C'est notamment le cas pour l'abus de substances (TUS) qui partage avec le TPB des traits tempéramentaux (impulsivité par exemple) et des facteurs environnementaux (abus, négligence, expositions à la violence) (172). Ces deux troubles sont par ailleurs tous deux sous-tendus par une dysrégulation émotionnelle entraînant des comportements inadaptés en réponse au stress (173).

Dans l'étude CLPDS (Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study), le nombre moyen de troubles comorbides sur l'axe I « vie entière » est de 3,4, le TPB étant celui où l'on retrouve le plus grand nombre de comorbidités (165). Les troubles les plus fréquemment observés sont les troubles de l'humeur unipolaires et les troubles anxieux, en particulier l'état de stress post-traumatique, le trouble panique et la phobie sociale. Les auteurs pointent également la fréquence de l'abus de substances et des troubles du comportement alimentaire (TCA).

Ces données sont retrouvées dans l'étude de cohorte de Zanarini et al. en 2004 (174). À six ans de suivi, 75 % des patients avec un TPB remplissaient également les critères pour un trouble de l'humeur, 60 % pour un trouble anxieux, 34 % pour un TCA et 19 % pour un trouble de l'usage de substances. De manière plus spécifique : 61 % présentaient un EDM, 41 % une dysthymie, 29 % un trouble panique, 35 % un PTSD (Posttraumatic Stress Disorder). Nombre d'entre eux présentaient plusieurs des troubles cités. Un des éléments importants de l'étude était que l'absence de trouble de l'usage de substances était le meilleur facteur prédictif de rémission du trouble de personnalité *borderline* (en comparaison à l'absence de n'importe quel autre trouble).

3. 7. Étiopathogénie

3. 7. 1. Perspectives psychanalytiques

Kernberg (134) propose de comprendre le fonctionnement *borderline* à travers l'utilisation de mécanismes privilégiés de défense primaire (clivage, déni, idéalisation primitive...). L'idéalisation primitive s'associe de façon privilégiée au clivage. Ils se renforcent mutuellement dans la protection des bonnes parties de l'objet. Si l'objet se trouve néanmoins attaqué, le *self* et le sentiment de cohérence le seront également. La capacité à contenir les différentes parties clivées de l'objet est alors atteinte. Pour Winnicott (175), la personnalité « état limite » hésitera entre l'effondrement dépressif et le passage à l'acte dans une tentative d'expulser la part mauvaise de l'objet et de soi.

Bergeret (136) postule l'existence d'un noyau central autour de l'angoisse de perte de l'amour de l'objet, à l'origine de ce qu'il appelle un « constante dépressive ». Les relations d'objet sont caractérisées par une difficulté d'accès à l'ambivalence, l'objet étant alternativement idéalisé et dévalorisé. On observe alors une lutte contre une angoisse d'abandon, et un degré variable

d'intégration de l'identité. Ainsi, les tests projectifs (Thematic Apperception Test (TAT) et Rorschach) révèlent une représentation de soi marquée par une précarité des enveloppes, témoignant d'une différenciation partielle entre dedans et dehors.

La tendance à la régression, présentée par Skodol et al. (2002) comme un aspect fondamental du fonctionnement limite, n'apparaît pas dans les critères du DSM (139). Les auteurs rappellent que c'est pourtant ce trait particulier qui a attiré l'attention de Stern en 1938 (176), puis de Knight en 1953 (177). Les patients présentaient en effet des comportements ou des attentes infantiles dans certaines situations (et notamment celles de la cure analytique), compliquant la prise en charge thérapeutique.

Plusieurs études ont exploré la qualité de l'attachement chez des adultes ayant un diagnostic de TPB. Il s'agissait d'études souvent peu comparables d'un point de vue méthodologique (entretien semi-structuré versus auto-évaluation) ou de par leur contenu (interactions précoces versus relations interpersonnelles actuelles). Malgré tout, toutes ces études indiquent une forte association entre TPB et attachement insécuré, particulièrement de type non résolu/préoccupé et effrayé (178) (taux de 92 % dans une étude de Fonagy (1996), utilisant l'AAI (179)).

Selon Guedeney et Guedeney (2006), quatre des critères DSM (126) de la personnalité *borderline* sont en lien avec la qualité de l'attachement : mode de relations interpersonnelles instables et intenses, efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires, instabilité marquée et persistante de l'image et de la notion de soi, instabilité affective (180). De son côté, Gunderson pointe que l'intolérance à la solitude, une des caractéristiques psychopathologiques des patients souffrant de TPB, est le reflet d'un pattern d'attachement insécuré. Inversement, il observe que certains comportements typiques des patterns d'attachement insécuré (comme la tendance à rechercher de l'attention et de l'aide ou de la proximité alternant avec déni et rejet) sont à rapprocher de la symptomatologie *borderline* (181).

La prévalence des expériences traumatiques est très importante chez les patients *borderline* : Zanarini et al. (1997) utilisent un entretien semi-structuré réalisé en aveugle du diagnostic pour évaluer les expériences traumatiques de l'enfance chez 457 adultes présentant un trouble de la personnalité. Chez les 358 patients avec un TPB, 91 % déclaraient avoir été abusé et 92 % avoir été négligé avant l'âge de 18 ans. Les patients souffrant d'un TPB avaient plus tendance que les 109 patients présentant d'autres troubles de la personnalité, à décrire des antécédents d'abus physiques ou émotionnels de la part de leur *caregiver* et d'abus sexuel par un individu extérieur (182).

Comme nous l'avons vu précédemment (cf. 2.3.2 et 2.3.7), Fonagy (183) montre que la capacité de mentalisation ou « fonction réflexive » (c'est-à-dire la capacité à discerner et à comprendre son propre comportement et celui des autres en termes d'états mentaux), en lien avec la qualité de

l'attachement, est défaillante chez les patientes souffrant d'un TPB. Cette « fonction réflexive » trouvant elle-même son origine dans les interactions précoces entre l'individu et son *caregiver*. Le développement d'une personnalité *borderline* résulterait donc d'un bas niveau de capacité réflexive associée à des expériences traumatiques (184).

3. 7. 2. *Abord neurobiologique du trouble*

3. 7. 2. 1. Support biologique et vulnérabilité génétique

Les résultats de plusieurs études suggèrent que des facteurs génétiques contribueraient au développement du TPB ((185) et (186) *in* (160)). Cependant, aucun gène n'a été identifié à ce jour comme directement responsable du trouble, et une héritabilité modérée a été mise en évidence plus spécifiquement pour certains aspects des traits tempéramentaux en lien avec le trouble (par exemple en termes d'intensité) (187).

Skodol et al. (185), reprenant les chiffres de l'étude de Torgersen en 2000 (188) portant sur 221 paires de jumeaux, retrouvent une concordance de 35 % pour les monozygotes et de 7 % chez les dizygotes pour le diagnostic de TPB. Dans une étude plus récente, le score d'héritabilité pour le diagnostic était de 0,65 à 0,75 ((189) *in* (160)), ce qui concorde avec les estimations pour les troubles de la personnalité en général (40 à 60 %) (190).

Il est intéressant de noter que certains gènes pouvant être liés aux modifications psychopathologiques observées dans le trouble sont impliqués dans le système sérotoninergique. La dimension impulsivité/agressivité du trouble serait ainsi en lien avec une diminution de l'activité sérotoninergique (185) et l'héritabilité de ce trait a été démontrée par des études de jumeaux et d'adoption (191), de même que par des expériences en laboratoire, citées par Skodol et al. (185).

Skodol et al. relèvent plusieurs études ayant prouvé le lien entre activité sérotoninergique et impulsivité/agressivité dans des études portant sur un métabolite de la sérotonine (5-HIAA) dans le liquide cérébro-spinal (à la fois pour des passages à l'acte auto-agressif chez des patients déprimés (192), mais aussi pour des comportements hétéro-agressifs (193), (194)). L'allèle s du gène du transporteur de la sérotonine 5-HTT (chromosome 17) est par ailleurs associé à un risque plus élevé de dépression chez les sujets victimes de maltraitance infantile, ainsi qu'à un risque plus élevé d'impulsivité selon Caspi et al. (195).

Cependant nombreux auteurs rappellent l'influence de l'environnement sur l'expression de cette vulnérabilité génétique. L'hypothèse de l'impact de traumatisme infantile (fréquemment traumatisme sexuel ou physique dans le cas des TPB) sur les systèmes de régulation du stress (axe hypothalamo-hypophysaire) et sur leur relation avec les voies sérotoninergiques a été formulée par Yehuda et al. en 1991 (196), Siever et al. en 1998 (197), et Heim et al. en 2001 (198).

Le système noradrénergique jouerait quant à lui un rôle important dans la modulation de la réactivité à l'environnement, et pourrait ainsi contribuer à l'instabilité affective observée chez les patients souffrant de TPB (185). Certaines études suggèrent un lien entre altération de l'activité noradrénergique et la prise de risque ou la recherche de sensation (199).

Le système dopaminergique est, lui, potentiellement impliqué dans l'apparition de symptômes psychotiques chez les patients présentant un trouble de la personnalité. Skodol et al, citant les travaux de Siever et al. (1991), précisent que l'hyperactivation du système dopaminergique (mesure de ses métabolites plasmatiques et dans le LCR) est en lien avec l'apparition de symptômes psychotiques dans une population de patients ayant un trouble de la personnalité schizotypique (200). Une autre étude retrouvait que la prise d'amphétamine (activatrice du système dopaminergique) favorisait l'apparition de tels symptômes chez des patients avec TPB (201).

Même si les résultats concernant son implication dans le trouble de personnalité *borderline* restent contradictoires, l'hypothèse d'un fonctionnement hypodopaminergique, en lien avec l'impulsivité et les affects négatifs, a récemment été formulée (131). L'exploration des interactions gènes-environnement a par ailleurs montré que le polymorphisme DRD4 de la dopamine chez l'enfant était associé à un attachement désorganisé (qui, comme nous l'avons vu précédemment, est fréquemment associé au TPB chez l'adulte).

Enfin, de très récents travaux évoquent un lien entre système ocytocinergique et émergence de la psychopathologie *borderline*, pointant le rôle de l'ocytocine dans la régulation des affects, des relations interpersonnelles et des compétences empathiques (émotionnelles et cognitives). Ici encore, les auteurs soulignent le rôle de l'environnement dans l'expression symptomatique de particularités neurobiologiques (interactions parent-enfant dysfonctionnelles notamment) (202).

3. 7. 2. 2. Neuro-imagerie :

Dans une revue de la littérature (160), Leichsenring et al. (2011) concluent à l'absence de données probantes concernant la réduction du volume de l'amygdale (image obtenue par IRM) chez les patients avec TPB, contrairement aux données initialement retrouvées dans certaines études. Il existait un biais dans ces travaux, à savoir que la présence d'un PTSD entraînait une réduction du volume de l'amygdale, que l'on ne retrouve pas chez les TPB sans PTSD (203).

Gatzke-Koppe et Beauchaine en 2007 (204), cités par Guelfi, mettaient en évidence un déficit du circuit frontolimbique (incluant cortex orbitofrontal, cortex préfrontal ventrolatéral, amygdale, hippocampe, gyrus fusiforme, cortex singulaire antérieur, ganglions de la base et thalamus) chez l'adulte ayant une personnalité *borderline*. Ces données sont concordantes avec l'hypothèse selon laquelle le TPB serait lié à des expériences traumatiques précoces, dans la mesure où de telles

anomalies ont par ailleurs été retrouvées chez des personnes exposées à la négligence et aux abus dans l'enfance (77).

De plus, cela sous-tendait l'hypothèse selon laquelle un dysfonctionnement dans les régions cérébrales préfrontales serait associé aux difficultés de contrôle émotionnel chez les patients avec TPB. New et al. (2009), dans une étude utilisant la Tomographie par émission de positons (TEP), ont pointé des différences d'activation corticale entre groupe de patients TPB et groupe contrôle. Ainsi, lorsqu'ils étaient exposés à une agression, le groupe « *borderline* » activait de manière plus importante le cortex orbital que le groupe contrôle. Le groupe sain activait, lui, de manière préférentielle le cortex préfrontal (impliqué dans le contrôle émotionnel).

Une étude d'induction émotionnelle (visionnage d'images entraînant des émotions négatives ou de visage humain exprimant différentes émotions) en IRM fonctionnelle montrait une activation plus forte de la région amygdalienne chez les patients avec TPB, par comparaison au groupe contrôle (205). De même, l'étude de Beblo et al. en 2006 retrouvait une activation bilatérale des amygdales lors de la remémoration d'un événement de vie non résolu (206).

Dans leur revue de la littérature en 2011, Guelfi et al. (131) soulignent donc que le modèle actuel serait celui d'une activité limbique excessive, insuffisamment contrebalancée par une régulation préfrontale elle-même dysfonctionnelle.

3. 7. 3. *Vers un modèle épigénétique*

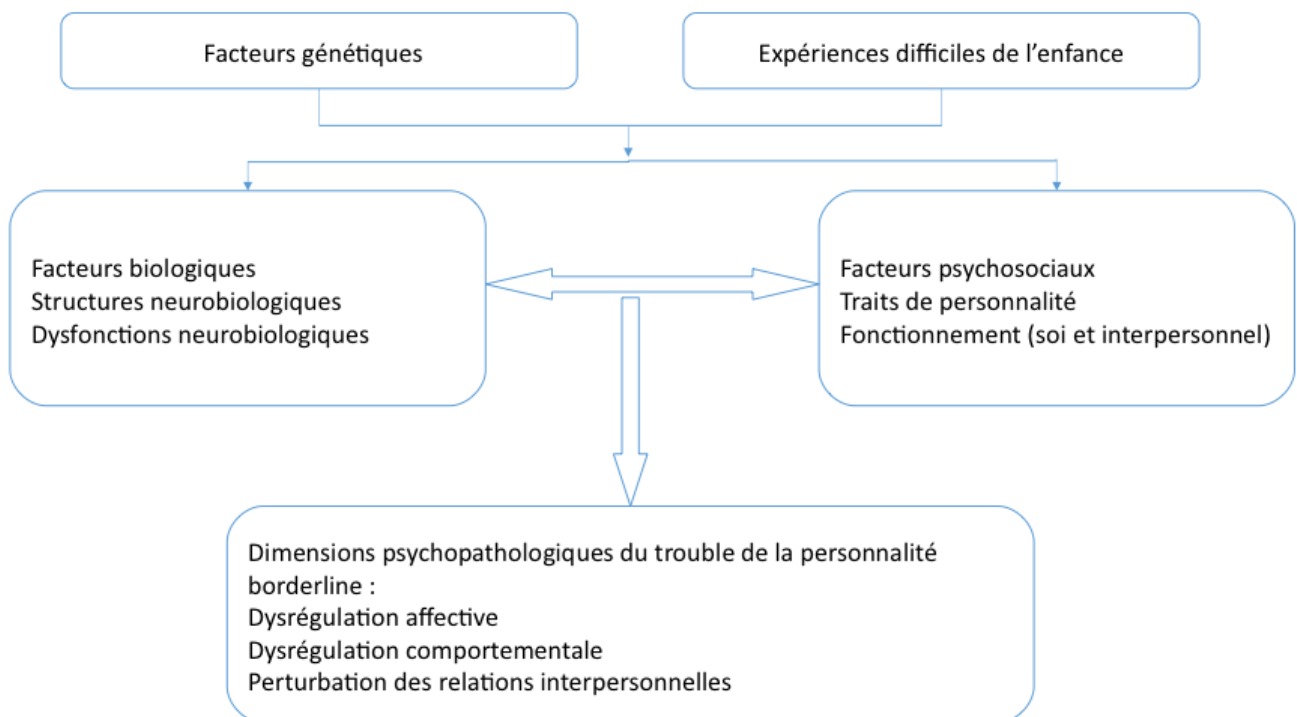
Rappelant que la méthylation de l'ADN est un mécanisme principal de l'épigénèse, Teschler et al. ont démontré une association entre méthylation aberrante de certains gènes et pathogénèse du TPB (207).

Dans une revue de la littérature de 2008, Gunderson & Lyons Ruth (208) s'attachent à démontrer le lien entre relations interpersonnelles précoces de l'enfant et émergence d'un TPB. Les prédispositions psychobiologiques au TPB sont susceptibles d'induire une diathèse constitutionnelle pour la réactivité relationnelle, telle que l'hypersensibilité aux facteurs de stress interpersonnels. Cette réactivité interpersonnelle contribuerait elle-même au développement d'un attachement désorganisé (cf. partie 2.3.5). Il y aurait finalement une escalade pathologique entre enfant prédisposé et parents présentant des réponses inadaptées, entraînant des interactions problématiques. Comme nous l'avons vu plus tôt, l'attachement désorganisé est lui-même soumis à un modèle de développement épigénétique (cf. partie 2.3.6). Les auteurs discutent le lien entre développement d'un attachement pathologique et TPB, notamment via l'apparition de stratégies « contrôlantes » (avec inversion du rôle parental) durant l'enfance et l'adolescence.

D'autres études, comme celle de Brüne en 2015 (209), soulignent que le gène de l'ocytocine est en lien avec l'amélioration des mécanismes de défense et les comportements d'évitement dans le trouble de personnalité *borderline*. Ces auteurs ont souligné que le polymorphisme du gène de l'ocytocine entraînait une « flexibilité » ou au contraire une « susceptibilité » développementale aux contraintes de l'environnement.

→ En résumé, plusieurs auteurs ont proposé un modèle biopsychosocial pour le développement du trouble de personnalité *borderline*. Il permet d'intégrer les expériences traumatiques de l'enfance et l'exposition à des événements difficiles aux facteurs biologiques (génétiques et tempéramentaux) : le TPB apparaissant alors comme l'interaction entre ces différents éléments, comme nous l'avons décrit précédemment.

Figure 2. Le modèle biopsychosocial du TPB



4. Conséquences du trouble de la personnalité de type *borderline* sur la grossesse, les interactions précoces et le *caregiving*, impact sur l'attachement et le devenir des enfants

4. 1. Particularités de la grossesse et de la période du post-partum

4. 1. 1. Sur le plan médical

Il existe peu de données dans la littérature sur la spécificité des grossesses chez les patientes souffrant d'un TPB et notamment sur les éventuelles complications périnatales associées.

Concernant la fertilité de ces femmes, on retrouve des données contradictoires. Les travaux existants s'intéressent d'ailleurs à la fertilité des patientes souffrant de troubles mentaux en général. De Geena et al. (2012), citant un article de Vesga-López et al. (210), rapportent que les femmes atteintes de troubles mentaux sévères tombent enceintes et accouchent autant que les autres femmes. Cependant, pour Diaz-Caneja & Johnson (2004), même si la fécondité des patients augmente, elle reste inférieure à celle de la population générale (211). Les auteurs insistent sur le fait que parmi la population de malades, les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes d'avoir des enfants.

De Geena et al. rappellent que les symptômes du trouble de personnalité *borderline* apparaissent habituellement à la fin de l'adolescence et s'aggravent durant la période où les femmes sont le plus fertiles. Ils soulignent que l'association d'une dysrégulation émotionnelle et comportementale, retrouvée fréquemment chez ces femmes, augmente le risque de grossesse non planifiée. Chen et al. en 2007 (212) montraient que les femmes souffrant de TPB avaient plus tendance à avoir des rapports sexuels précoces et non protégés que les femmes exemptes de pathologie mentale. Enfin, pour Bradley et al. (213), une plus grande impulsivité sexuelle, une plus forte prévalence d'antécédents d'abus et l'existence d'un trouble de l'usage de substances comorbide contribueraient également à un plus haut risque de grossesse non programmée chez ces patientes.

Dans une étude rétrospective portant sur 42 patientes souffrant d'un TPB, Bankley et al. (2015) retrouvent que ces femmes ont tendance à anticiper la naissance comme un évènement traumatique et demandent fréquemment à bénéficier d'une délivrance précoce. Il existait plus de complications à l'accouchement, telles qu'un faible score d'Apgar, une prématurité ou encore la nécessité de soins spécifiques néonataux, comparativement au groupe contrôle (214).

Finalement, les traits de personnalités caractéristiques des femmes souffrant d'un TPB (tels que des relations intenses et instables ou encore une impulsivité comportementale) sont pourvoyeurs de complications périnatales, et peuvent être un obstacle à un accès à des soins médicaux adaptés.

4. 1. 2. Sur le plan psychopathologique : émergence des processus de maternalité

V. Lemaître (146) détaille les particularités des représentations de la grossesse et du nouveau-né chez les mères souffrant de TPB. Pour elle, le devenir-mère confronte ces femmes à leur « impossible accès à l'ambivalence ». Le temps de la grossesse convoque leurs représentations sur leur propre mère, et par là, l'ambivalence des sentiments éprouvés à son égard. Le lien mère-enfant apparaît alors « fortement marqué de nostalgie », « comme si l'accès à l'âge adulte n'avait en rien soulagé les souffrances de la dépendance infantile ».

Le travail de deuil, nécessaire pour accéder à la parentalité vis-à-vis des imagos des parents concernant leurs propres parents, est « totalement figé, comme en panne ». Le remaniement identitaire inhérent à l'attente et à l'arrivée du bébé est massivement entravé. Les représentations de ces imagos parentaux des parents font résurgence, mais restent fixées au passé, ou sont inaccessibles. Ces mères sont aux prises avec un fonctionnement psychique où prédominent déni, idéalisation et clivage. Elles réactualisent « le déni affectif majeur de [leurs] propres affects qui [leur] a été violemment imposé dans [leur] enfance » (Apter-Danon et Le Nestour-Crivillé, 2004 (215)).

L'apparition d'une nouvelle génération entraînée par la naissance de l'enfant contraint ces femmes à un « remaniement de [leur] sentiment d'identité » : du statut d'enfant de ses parents, elles passent à celui de mère de leur enfant. Cela est un élément déstabilisant pour toute la famille, réactivant des questionnements sur la place de chacun au sein de la cellule familiale. Le travail psychique habituellement à l'œuvre au sein de la famille au cours d'une grossesse ne peut ici opérer normalement. Par exemple, le resserrement des liens avec les femmes de la famille, souvent décrit par les femmes enceintes, est inexistant. Il fait place au contraire à l'acutisation des conflits. On retrouve également de fréquentes disputes, menaces de ruptures ou séparations violentes d'avec le futur père.

La « folie » normale des mères ou préoccupation maternelle primaire (théorisée par Winnicott en 1956 (28)), régression nécessaire à l'émergence des processus de maternalité, s'avère, pour les états limites, une confrontation douloureuse à leur propre condition. Elle implique en effet nécessairement un processus d'identification au bébé. Ce mouvement empathique renvoie la mère à son narcissisme, c'est-à-dire à ses propres besoins. Le bébé devient alors le témoin des difficultés infantiles réactualisées, peu ou mal intégrées. Le déni ou l'illusion d'une compréhension totale des besoins du nourrisson deviennent dès lors tentative d'omnipotence ou lutte contre l'abandon de l'objet. Le risque est que les besoins propres du nourrisson soient « engloutis dans le maelström émotionnel maternel. »

Ainsi, la « transparence psychique » de la grossesse ne leur permet pas la remémoration et la figuration de souvenirs infantiles, préalable nécessaire à la mise en place de représentations maternelles lors de la naissance du bébé (216).

Le concept de transparence psychique avait été proposé par M. Bydlowski pour décrire les spécificités du psychisme maternel pendant la grossesse. Il se caractériserait par l'abaissement des résistances au « refoulé inconscient » et par un surinvestissement de son histoire infantile par la femme, qui se centre volontiers sur des thématiques autocentrées, notamment en deuxième partie de grossesse (165).

Le désir d'enfant lui-même peut être dénié ou présenté comme incontournable, et il peut être fait abstraction du contexte objectif de la conception de l'enfant, que ce soit la nature de sa relation au père, ou encore des conditions matérielles dans lesquelles le bébé peut être accueilli. La confrontation à la dépendance du nouveau-né est intolérable et peut entraîner une réaction dépressive importante. Les représentations ambivalentes de la grossesse donnent enfin parfois lieu à de violents conflits internes s'exprimant cliniquement par des manifestations somatiques bruyantes ou des comportements auto- et/ou hétéro-agressifs (146).

Finalement, la grossesse chez les femmes souffrant de TPB n'entraîne pas les réaménagements psychiques nécessaires à la transition à la parentalité. Vécue sur un mode idyllique, idéalisée, elle ne prépare pas à l'arrivée du nouveau-né « réel ».

4. 2. Un environnement global « à risque » du fait de la psychopathologie maternelle

Les relations entre les mères avec un diagnostic de TPB et leurs enfants restent peu décrites dans la littérature. Les revues de la littérature de Genet et al. en 2014 (218) et de Petfield et al. en 2015 (219) ne retiennent respectivement que 12 et 17 articles traitant de cette problématique. Une publication plus récente de Eyden et al. (2016) retient 33 études, en élargissant les critères d'inclusion des études (enfants de tout âge (même adultes) et mères présentant un tableau sub-clinique de TPB).

Petfield et al. soulignent que d'une manière générale, les conditions dans lesquelles les femmes souffrant d'un TPB exercent leur parentalité sont à risque pour la santé mentale de l'enfant, et les mettent en difficulté dans leur rôle de mère. Ainsi, toutes les études explorant la dépression parentale (définie comme symptômes dépressifs cliniquement significatifs) montraient qu'elle était significativement plus fréquente chez les mères avec TPB que dans les groupes contrôles ((220), (221), (222), (223)). Dans l'étude de Crittenden et al. (222), les mères avec TPB rapportent une symptomatologie dépressive plus importante et un plus haut niveau de stress parental. Dans l'étude

de Newman et al. (220), qui compare un groupe de 17 mères souffrant d'un TPB à un groupe contrôle, les auteurs observent que les mères du groupe TPB obtiennent un score significativement plus important à l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale, Cox et al. (1987)) après la naissance, l'objectif n'étant pas de faire un diagnostic de dépression en tant que telle, mais de mettre en évidence la plus grande détresse psychique de ces mères en post-partum, comparativement au groupe contrôle. Les auteurs utilisaient également la SCL-90-R (90 questions évaluant neuf domaines de psychopathologie générale comme la somatisation, la compulsion, la sensibilité interpersonnelle, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, la phobie, l'idéation paranoïde et les symptômes psychotiques, Derogatis LR, (1983)) et retrouvaient que les mères du groupe TPB avaient un score plus élevé dans toutes les dimensions.

Feldman et al. (224), dans une étude visant à évaluer l'environnement global de ces familles, notaient que les fréquences d'abus de drogues et d'alcool étaient plus élevées chez les parents présentant un TPB que pour les autres troubles de la personnalité (88 %). White et al. (225) retrouvaient que leur échantillon de mères avec TPB consommait plus d'alcool durant la grossesse.

Certaines études ((222), (226)) relèvent que les mères souffrant d'un TPB exercent plus fréquemment leur rôle parental sans le soutien d'un partenaire. Leur foyer changeait plus fréquemment de composition, du fait d'une instabilité dans leurs relations interpersonnelles (224). Dans cette étude, les auteurs notaient que les changements d'école étaient plus fréquents, de même que le fait d'être pris en charge par un adulte autre que la mère.

La santé mentale des parents avec TPB impacte également leur parentalité du fait de l'exposition des enfants à la suicidalité des parents : Feldman et al. (224) ont observé que les enfants de parents souffrant de TPB sont plus à risque d'être témoin d'une tentative de suicide (TS) parentale : 24 % de l'échantillon (moyenne d'âge de 11 ans) avaient assisté à une tentative maternelle, et 19 % des cas à une TS du père.

4. 3. Trouble de la personnalité borderline et interactions précoces

Il n'existe que peu d'études décrivant le style interactif entre les mères souffrant de TPB et leurs bébés.

Tout d'abord, celle de Crandell et al. en 2003 (227), basée sur l'observation de mères avec TPB en face à face avec leur bébé de 2 mois. Dans cette étude, les interactions ont été observées au cours du Still Face (SF) en utilisant la grille de cotation de Murray et al. (228). Il y avait 8 dyades avec mères souffrant d'un TPB et 12 dyades contrôles, sans pathologie maternelle. La cotation se faisait sur le temps du SF en lui-même (celui où la mère prend un visage inexpressif et cesse d'interagir avec son

bébé) et sur le troisième temps, dit « des retrouvailles ». Cette analyse du dernier temps de la procédure est centrale car il illustre la gestion émotionnelle des dyades après le stress constitué par le SF en tant que tel. Les résultats montraient que les mères avec TPB étaient moins sensibles dans leurs interactions et plus intrusives, les auteurs caractérisent ainsi le style interactif de ces mères « d'intrusivement insensible ». Les observateurs évaluaient ces interactions comme globalement moins « satisfaisantes » et moins « engagées ». Du côté du bébé, il n'y avait pas, contrairement à l'hypothèse des auteurs, plus d'affects négatifs dans le groupe « mères *borderline* » que dans le groupe contrôle durant les deux premières phases de l'épreuve. En revanche, les bébés de mères avec TPB présentaient plus fréquemment des regards de « stupéfaction » ou « hébétés » lors du SF, ce qui était cohérent avec l'hypothèse selon laquelle ces bébés manifesteraient plus de signes de stress émotionnel durant la procédure. Par ailleurs, ces bébés se montraient plus en difficulté pour reprendre l'interaction dans le troisième temps que ceux du groupe contrôle. Les auteurs notaient également que les bébés de mères avec TPB avaient tendance à jeter de brefs regards vers leur mère puis à se détourner (le temps total passé à regarder la mère était comparable dans les deux groupes, mais ils étaient plus courts dans le groupe *borderline* que dans le groupe contrôle). L'explication avancée par les auteurs était que les bébés du groupe contrôle, ayant jusqu'ici fait l'expérience d'une mère contingente et sensible, sont capables de gérer la rupture soudaine et d'attendre le « retour » dans l'interaction de cette mère habituellement disponible. Une telle capacité d'auto-régulation serait plus problématique pour des bébés ayant déjà été exposés à des interactions intrusives ou insensibles avec leur mère. Les différences entre les deux groupes de nourrissons étaient confirmées par l'analyse de la dernière phase de la procédure : en effet, bien que les bébés du groupe « *borderline* » maintiennent un certain niveau d'engagement relationnel, ils montraient des affects à caractère dépressif et plus de regards « hébétés ». Enfin, les dyades des mères souffrant de TPB avaient une moins bonne capacité de récupération interactive.

L'étude de Hobson et al. (229) en 2009 a analysé de manière plus détaillée les modalités de communication affective des mères présentant un TPB avec leurs enfants, et notamment cette « insensibilité de type intrusif ». Leur échantillon comprenait 59 dyades : dans 13 d'entre elles, la mère avait un diagnostic de TPB, dans 15 cas un diagnostic de dépression, et dans les 31 autres, pas de pathologie. Les dyades étaient filmées au cours de la Situation Étrange (42). Les auteurs évaluaient ensuite les comportements interactifs maternels grâce à la méthode AMBIANCE (Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (230)). Cette méthode se centre sur les ruptures au sein de la communication affective et émotionnelle, et sur les effets perturbateurs d'affects maternels tels que la peur, l'hostilité ou l'anxiété. La méthode AMBIANCE permet de coder les comportements maternels selon les items suivants :

- Les erreurs dans la communication affective, lorsque la mère adresse des signaux affectifs contradictoires à l'enfant (ex : prendre une voix douce en étant dans une posture menaçante) ou fait une réponse inadéquate au signal émis par l'enfant.
- La confusion des rôles, cotée comme telle lorsque la mère cherche à attirer l'attention de l'enfant sur elle-même sans tenir compte des besoins de ce dernier.
- Les comportements effrayés/désorientés : comportements angoissants, hésitants ou de « soumission » à l'enfant (ex : lui demander la permission de faire quelque chose) mais aussi « freezing », c'est-à-dire arrêt brutal de tout mouvement et expression émotionnelle, ou encore variation soudaine et inhabituelle du ton de la voix.
- Les comportements négatifs et intrusifs, qu'ils soient du registre de l'interaction physique ou de la communication verbale.
- Les comportements de retrait ou de mise à distance (physiquement ou verbalement).

L'échelle comporte 7 niveaux : dans un premier, on relève chaque type de comportement retrouvé puis on attribue une note globale allant de 1 à 7 en fonction de la sévérité et de la fréquence de ces comportements. Les parents ayant un score supérieur ou égal à 5 sont considérés comme ayant un pattern de communication parent-enfant perturbé. Hobson et al. observaient que 85 % des mères avec un TPB présentaient un mode de communication affective perturbé à l'égard de l'enfant, contre 47 % dans le groupe dépression, et 42 % dans le groupe des mères sans pathologie. Plus spécifiquement, les mères TPB avaient de manière significative plus de comportements effrayés/désorientés que les mères des deux autres groupes, même parmi celles dont le mode de communication était jugé perturbé.

Apter et Candilis-Huisman (2005) ont comparé les interactions au cours du SF de mères présentant un TPB avec celles de mères contrôles, et leurs bébés de 3 mois (231). La recherche portait sur 109 dyades suivies au cours de la première année de vie de l'enfant, mais seulement 25 dyades (dont 11 avec mère souffrant de TPB) ont été analysées initialement. Le design de l'étude comportait un enregistrement du SF, une séquence de jeu libre de 5 minutes et un bilan de développement du bébé grâce à l'échelle de Brunet-Lézine (1951, (232)). Les femmes du groupe contrôle n'avaient aucun trouble psychiatrique et le trouble de personnalité *borderline* était très fortement associé à la dépression. Les mères avec TPB avaient des comportements paradoxaux, difficiles à repérer : de même que pour Crandell et al., elles étaient plus intrusives, et ce tout au long du SF. Les interactions se caractérisaient par une plus faible diversité de comportements. Il existait des mouvements de pression ou encore de piqûre du bout des doigts des mères *borderline* sur leurs enfants. Elles avaient par ailleurs plus de mal à réajuster leur comportement après l'épisode du SF, comparativement au

groupe contrôle. En outre, leur attitude ne variait que très faiblement entre le premier temps de l'épreuve et celui des retrouvailles, comme si les femmes avec TPB ne pouvaient prendre en compte l'impact de cette interruption sur leurs bébés ou sur elles-mêmes. Les mères « contrôles », en revanche, étaient en mesure d'adapter leurs attentes au moment des retrouvailles, laissant notamment plus de temps au bébé pour initier l'interaction. Concernant les bébés, les résultats montraient d'importantes différences entre les deux groupes. Ainsi, les bébés de mères avec TPB avaient plus de manifestations témoignant de l'activation (ou de la désactivation) du système nerveux autonome (SNA) telles que hoquets ou régurgitations, et ce dès la phase 1 de la procédure. Chez les bébés « contrôles », de telles manifestations n'apparaissaient pas ou alors uniquement aux phases 2 et 3. Enfin, sur le plan des interactions vocales, il existait un manque de contingence des rythmes interactifs de la part des deux partenaires des dyades « pathologiques ».

Dans l'étude de Newman et al. en 2007 (220), les interactions de 14 dyades dont la mère présente un trouble de personnalité *borderline* sont comparées à celles de 20 dyades « contrôles ». Les bébés sont âgés de 3 à 36 mois, et une échelle de « Disponibilité Emotionnelle » (The Emotional Availability (EA) Scale, développée par Biringen et Robinson en 1998 (233)) a été codée lors d'une séquence de jeu libre de 10 minutes. Cette échelle évalue la sensibilité et l'ajustement affectif des mères aux besoins de leurs enfants ainsi que les comportements du bébé qui reflètent sa disponibilité affective pour l'interaction. L'EA évalue six dimensions en lien avec la disponibilité émotionnelle : quatre du côté des mères mesurant sensibilité, capacité à structurer les interactions, non-intrusion et non-hostilité, et deux pour l'enfant, qui cotent les capacités d'engagement et d'implication dans les interactions. En parallèle de cette observation, les auteurs faisaient passer aux mères des auto-questionnaires, pour évaluer leur perception de l'impact de leurs modalités interactives : d'une part, la PSOC (Parenting Sense Of Competence Scale, (234)) qui consiste en 16 questions regroupées en deux sous-dimensions : satisfaction et efficacité, et d'autre part, le PSI-SF (Parenting Stress Index-Short Form (235)), qui contient 36 questions, permettant l'évaluation du stress induit par le rôle parental : détresse parentale, interaction parent-enfant dysfonctionnelle et difficulté de l'enfant. Comparées au groupe contrôle, les mères avec TPB apparaissaient moins sensibles à l'égard de leurs enfants et moins en mesure de leur permettre une activité structurée au cours de la séquence de jeu libre. De plus, les enfants de mères avec TPB répondaient de manière moins adaptée aux tentatives d'initiation de l'interaction de leurs mères, et se montraient moins désireux et moins disposés à la solliciter. Les mères souffrant de TPB rapportaient plus fréquemment un sentiment d'insatisfaction et d'incompétence dans leur rôle parental. Elles étaient par ailleurs plus stressées dans cette fonction que les mères du groupe contrôle.

White et al., en 2011 (225) ont étudié les interactions entre des mères présentant un TPB et leur bébé de 3 mois, et les ont comparées à un groupe de mères présentant un EDM (avec ou sans trouble de personnalité comorbide) et à un groupe contrôle. Les auteurs cotaient les interactions grâce à une échelle inspirée de celle de Tiffany Field (1980 (236)) : les comportements étant soit « absents » soit « présents ». Ici, les mères avec TPB souriaient moins à leur bébé, les touchaient et les imitaient moins fréquemment que les mères des groupes « contrôle » et EDM. De même, il y avait significativement moins de « comportements de jeu » chez ces mères. Un manque de sensibilité dans les interactions était également observé par les auteurs. Les bébés de mères *borderline* faisaient moins de sourires et vocalisaient moins que les bébés des autres groupes. Par ailleurs, ils avaient tendance à éviter plus fréquemment le regard de leur mère et à apparaître plus souvent effrayés.

La cinquième étude est celle de Kiel et al. (237), qui en 2011 ont observé l'impact de la pathologie *borderline* sur les réponses des mères face à la détresse du bébé. L'étude consistait en la comparaison de deux groupes de dyades au cours de la « Situation Étrange » (Ainsworth, 1978 (42)) : un groupe où les mères présentaient des symptômes cliniques importants du trouble de personnalité *borderline* (TPB+), et un autre dans lequel elles ne présentaient pas de symptômes cliniquement significatifs. Les mères étaient recrutées en population générale, et la symptomatologie du TPB était évaluée par le questionnaire Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST, Pfohl et al., 2009 (238)), un score supérieur à 30 entraînant le classement de la mère dans le groupe TPB +. Les enfants étaient âgés de 12 à 23 mois. Les auteurs observaient les affects ainsi que les comportements de la mère et de l'enfant au cours de la procédure. Les affects de l'enfant étaient cotés comme « en détresse » (pleurs, gémissements, tonalité négative des vocalisations...) ou « non en détresse » (affects positifs : sourires, rires, tonalité positive des vocalisations, ou neutres). Les affects maternels étaient classés comme positifs (sourires, rires, vocalisations positives), négatifs (expression faciale de colère, ton de voix rude, vocalisations négatives) ou neutres. Enfin, les comportements maternels se déclinaient en « réconfortants », « distrayants »/ludiques, « comportements insensibles » et « comportements neutres ». Les résultats ne retrouvaient pas de différence significative dans la réponse maternelle globale à la détresse de l'enfant. Si l'on s'attache à l'observation des réponses maternelles comportementales et affectives, on note que la seule différence significative était la durée des affects positifs dirigés vers l'enfant. Ainsi, cette durée était plus courte chez les mères TPB+ que dans l'autre groupe. Les auteurs ont par ailleurs analysé la probabilité d'observer une réponse maternelle contingente à l'expression de la détresse par l'enfant. D'après leurs résultats, il s'avère qu'au sein du groupe TPB+, la probabilité que les mères présentent un affect positif en réponse à la détresse du bébé est moindre comparativement au groupe TPB-. Cette différence persistait même après ajustement sur les variables « dépression » et « anxiété maternelle », ce qui permet de supposer que

cette réponse maternelle est spécifique de la pathologie *borderline*. Une seconde analyse évaluait le temps de latence précédant la réponse maternelle (adaptée ou non) : les mères du groupe TPB+ mettaient significativement plus de temps à répondre à la détresse de l'enfant que celles de l'autre groupe. Enfin, les auteurs soulignaient que la probabilité d'observer un comportement insensible augmentait dans le groupe TPB+ à mesure que durait la détresse de l'enfant, ce qui n'était pas le cas dans le groupe TPB-. De plus, ces comportements insensibles étaient prédictifs de l'augmentation de la détresse chez l'enfant. Il y avait donc un véritable modèle transactionnel, dans lequel la réponse maternelle inadaptée initiale (manque d'affects positifs) pouvait entraîner une augmentation de la période de détresse chez l'enfant, et donc le risque de comportements insensibles chez la mère, qui en retour augmentaient le niveau de détresse, etc.

D'autres études s'intéressent à la spécificité de ces interactions :

Dans le travail de Delavenne et al. (239), cités par Petfield et al., les auteurs, musicologues, ont enregistré les interactions entre des mères et leurs bébé âgés de 3 mois. Ils trouvaient que comparées au groupe contrôle, les interactions dans le groupe *borderline* différaient de part « l'organisation musicale et les qualités temporelles ». Les auteurs considèrent en effet le discours direct de la mère à l'enfant comme de véritables « phrases » musicales, et l'analysent ainsi en termes de rythme et de qualité des vocalisations. Les mères souffrant d'un TPB faisaient moins de « phrases », et ces dernières finissaient par de plus longues pauses.

Elliot et al., en 2014 (240), ont étudié la capacité de mères avec TPB à reconnaître les émotions sur le visage de leurs enfants, des nourrissons âgés de 3 à 14 mois. Elles étaient moins à même que le groupe contrôle d'identifier les émotions sur des photographies de leurs propres enfants ou d'enfants inconnus. Plus particulièrement, elles avaient tendance à qualifier des expressions neutres de « tristes ».

Enfin, Schacht et al. (223) se sont intéressés en 2012 à la notion de « Mind-mindedness » (c'est-à-dire la capacité et la volonté pour le parent de penser aux états mentaux de son enfant, cf. 2.3.2) de mères *borderline*, comparées à un groupe de mères « contrôles » avec leurs enfants de 39 à 61 mois. Ils étudiaient également la capacité des enfants à comprendre les états mentaux des autres.

Les enfants passaient une série d'épreuve de désignation d'émotions et de théorie de l'esprit. Il y avait quatre épreuves de théorie de l'esprit. Sans les détailler chacune précisément, on peut décrire la première (basée sur les travaux de Hogrefe et al. (1986)) : on présente à l'enfant une boîte de biscuits et on lui demande ce qu'elle contient. On l'ouvre en lui montrant qu'elle contient en réalité des stylos. Ensuite, on l'interroge ainsi : « Avant d'ouvrir la boîte, que pensais-tu qu'elle contenait ? » (propre croyance), et une question contrôle : « qu'y a-t-il réellement dans la boîte ? ». Enfin, on lui

présente un jouet (type Sophie la girafe) et on lui demande « Si l'on montre la boîte à Sophie sans lui laisser regarder à l'intérieur, que va-elle penser qu'il y a dedans ? ».

Les épreuves de désignation d'émotion étaient basées sur des travaux de Denham (1986), largement utilisés dans la littérature. Les enfants doivent identifier à la fois verbalement et par pointage des émotions telles que tristesse, joie, peur et colère dessinées sur des visages.

La « Mind-mindedness » des mères était évaluée grâce à l'entretien mis au point par Meins & Fernyhough en 2010 (241), où elles décrivent librement leur enfant au cours d'un entretien enregistré puis retranscrit. Chaque phrase mentionnant l'enfant était ensuite répartie en 4 catégories mutuellement exclusives : une catégorie « mental » (ex : références à la pensée, les souhaits, l'intelligence, les intérêts, la métacognition ou l'imagination de l'enfant), une « comportemental » (comportements et activités : ex : « plein d'énergie », « affectueux »), une « physique » (références aux attributs physiques, à l'âge, la place dans la famille, comme par exemple : « magnifique », « le seul garçon ») et enfin une « général » (ne rentrant pas dans les catégories précédentes). Le score était ensuite calculé comme la proportion des phrases ou termes « mentaux » utilisés pour désigner l'enfant relativement aux autres attributs utilisés (Meins et al., 1998 (242)). Il existait une différence significative entre les groupes, puisque seuls 46 % des commentaires faits par les mères avec TPB étaient liés à l'« esprit » de l'enfant, contre 68 % dans le groupe contrôle. La référence aux états mentaux de l'enfant était même complètement absente des descriptions de deux des mères du groupe *borderline*, qui les évoquaient uniquement en terme comportemental. Par ailleurs, les auteurs observaient une différence statistiquement significative entre les deux groupes d'enfants : les enfants de mères souffrant d'un TPB avaient des scores de Théorie de l'esprit plus faibles et étaient plus en difficultés pour identifier et décrire les émotions et leur cause.

4. 4. Troubles de la personnalité borderline et attachement chez l'enfant

Le travail de Hobson et al. (243) en 2005 avait pour objectif d'évaluer la qualité de l'attachement chez des enfants de un an, dont la mère présentait un TPB. Les interactions, et notamment la sensibilité et « l'intrusivité » maternelle, étaient évaluées à travers une séquence de jeu semi-structuré. Dix dyades mères TPB-bébé et 22 dyades contrôles dans lesquelles la mère n'avait pas de pathologie psychiatrique étaient filmées dans 3 situations différentes. Tout d'abord, lors d'un moment de jeu adapté de la « Winnicott's Set Situation », dans laquelle l'enfant est face à un étranger qui adopte initialement un visage impassible (Still-Face), puis tente d'engager un jeu de « prendre et donner » avec une spatule. Les dyades étaient ensuite observées par le biais de la Situation Étrange. Pour finir, les mères avaient pour consigne d'apprendre à leurs enfants à jouer avec de petites figurines et un train. Les résultats montraient des différences significatives entre les deux groupes. En

effet, dans l'épreuve issue de la situation expérimentale mise au point par Winnicott, les enfants du groupe « *borderline* » avaient moins de disponibilité à s'engager dans une interaction positive. Ils avaient par ailleurs de plus bas niveaux d'organisation comportementale et de leurs états émotionnels. Les auteurs soulignaient par ailleurs que ces enfants présentaient moins de regards positifs (le nombre total de regard étaient équivalents) avec la personne étrangère, et également moins d'échange d'émotions positives. Au cours de la « Situation Étrange », 80 % des enfants de mères *borderline* avaient un attachement désorganisé, contre seulement 27 % au sein de la population contrôle. Genet et al. rappellent que ce pourcentage est très proche de celui qui a pu être observé dans des populations d'enfants victimes de maltraitance et de carences (Carlson et al., 1989 (244)).

À la suite de ces travaux, Hobson et al. (229) ont travaillé sur les patterns de communication affective. Dans cette étude que nous avons décrite précédemment (cf. 3.3), il était intéressant de relever que les deux seules femmes du groupe TPB dont la communication affective n'était pas considérée comme pathologique avaient malgré tout des enfants présentant un attachement désorganisé. Finalement, les mères souffrant de TPB montraient non seulement une communication affective perturbée, mais aussi plus de comportements de peur ou de désorientation à l'égard de l'enfant, face à ses demandes d'affection ou d'attention. De tels comportements sont associés à un attachement désorganisé chez l'enfant ((245), (246)).

Dans une étude de 2009 (3), Macfie et Swan ont étudié les caractéristiques des narratifs d'enfants de 4 à 7 ans de mère avec TPB, et ont comparé la qualité de leurs représentations d'attachement à celles d'un groupe d'enfants « contrôles ». Ils ont également évalué chez ces enfants les représentations parentales (du *caregiver*), de soi, les représentations des relations entre le *caregiver* et soi, ainsi que des aspects de la régulation émotionnelle de l'enfant. Partant de l'hypothèse étiopathogénique « développementale » du TPB (Crick, Murray-Close et Woods, 2005 (247)), les auteurs présupposent que les précurseurs du trouble pourraient inclure des représentations mentales négatives (parentales, de soi et des relations interpersonnelles), apparues précocement au cours de l'enfance (Carlson, Sroufe et Egeland, 2004 (248)). Pour eux, ces représentations sont à rattacher au concept de MIO que nous avons précédemment abordé (cf. 2.3.3). En effet, chaque catégorie d'attachement est associée à un type de MIO. Ainsi, un enfant avec un attachement sécure développera un MIO où les autres seront perçus comme dignes de confiance, et soi comme digne de soins. Dans le cas d'un attachement insécure, les autres seront vécus comme rejetants ou ambivalents, et soi comme non digne de soins (Ainsworth, 1978 (42)). Enfin, l'attachement désorganisé est associé à un MIO où les autres sont « effrayants », et l'image de soi est celle d'un individu « mauvais » et « inadapté ». Les MIO sont le support de ce processus. Ils ne peuvent être

directement observés mais peuvent être appréhendés et évalués par le biais de mesures semi-projectives telles que les « histoires à compléter » (Bretherton, Ridgeway, et Cassidy, 1990 (249)).

Macfie et Swan ont utilisé dix histoires à compléter : cinq d'entre elles avaient pour objectif d'activer le système d'attachement de l'enfant : il s'agit de l'Attachement Story Completion Task (ASCT) mise au point par Bretherton et al. (1990). Les cinq autres évaluaient le développement moral chez l'enfant (la MacArthur Story-Stem Battery, MSSB, également développée par Bretherton et al.). L'enfant doit raconter la suite de débuts d'histoires mettant en scène des situations interpersonnelles stressantes pour lui et liées à l'exercice de l'autorité et au confort parental, mais aussi aux disputes parentales, activant les systèmes d'attachement. Ces récits permettent donc d'entrevoir les représentations de l'enfant qui reflètent à la fois ses expériences au moment de l'évaluation et ses MIO (représentations du *caregiver*, de soi et capacités de régulation émotionnelle). Une importance particulière était par ailleurs accordée à la cohérence des récits de l'enfant, qui incluait la capacité à distinguer le réel de l'imaginaire, et à rester extérieur à l'histoire plutôt que d'en devenir acteur. Il s'agissait d'un moyen permettant d'évaluer les capacités de régulation émotionnelle de l'enfant. Dans un second temps, les auteurs ont tenté de mettre en évidence d'éventuelles corrélations entre nature des symptômes maternels et caractéristiques des narratifs des enfants dont la mère avait un TPB.

Soixante enfants de bas niveau socio-économique ont été recrutés, 30 d'entre eux avaient une mère présentant un TPB. Comparativement à ceux de la population contrôle (mères sans diagnostic psychiatrique), les narratifs des enfants de mères avec TPB contenaient significativement plus d'inversion des rôles, plus de peur de l'abandon et plus d'attentes négatives quant à la relation avec la mère ou le père. On retrouvait plus fréquemment dans leurs récits un sentiment de danger et/ou d'imprévisibilité dans les relations parent-enfant. Les histoires des enfants de mères TPB mettaient plus fréquemment en scène des enfants aux comportements « inadaptés » (ex : l'enfant range sa chambre puis détruit tout ce qu'il y a dedans) et « honteux » (ex : l'enfant se décrit comme « mauvais »). En revanche, contrairement à leur hypothèse initiale, les représentations de soi n'étaient pas plus négatives chez ces enfants. Enfin, les enfants du groupe « *borderline* » montraient une perturbation de leur capacité de régulation émotionnelle. Ils avaient plus de mal à distinguer l'imaginaire de la réalité, notamment concernant les représentations qu'ils avaient d'eux-mêmes. Ils avaient également plus souvent tendance à s'écarter de la question posée, n'apportant pas de résolution à l'histoire. Les sujets dominant leurs récits étaient plus souvent de l'ordre de l'imaginaire et du fantastique. La narration, moins cohérente, était marquée par l'émergence de thèmes traumatiques. Concernant le lien entre représentations de l'enfant et symptomatologie maternelle, l'étude montre qu'il existe une corrélation statistique entre les caractéristiques de ces représentations et certains symptômes du trouble *borderline* chez la mère. Ainsi, une représentation

négative de la relation *caregiver*-enfant était liée à la présence des symptômes « perturbation de l'identité » et « comportements auto-agressifs » chez la mère. Les comportements auto-agressifs maternels étaient également liés à une représentation de soi inadaptée chez l'enfant. Enfin, la dysrégulation émotionnelle chez l'enfant était corrélée à l'existence chez la mère TPB d'une confusion de l'identité, d'une perturbation des relations interpersonnelles, des comportements auto-agressifs, et de manière plus anecdotique, de l'instabilité affective.

L'ensemble de ces études permet de suggérer que les bébés de mères avec TPB développent des patterns spécifiques de relation à l'autre, et ce de manière précoce, vers l'âge de 12 mois. La seule étude évaluant la qualité de l'attachement des enfants de mères avec un TPB fait état d'un taux très élevé d'attachement désorganisé chez ces enfants, voisin de 80 %.

Il est intéressant d'évoquer ici les études ayant analysé l'évolution des patterns d'attachement désorganisés. Main et Cassidy en 1988 (250), puis Wartner et al. en 1994 (251), ont ainsi montré que les enfants pouvaient « réorganiser » ces modalités dysfonctionnelles via des stratégies dites « contrôlantes ». Entre 18 mois et 6 ans, environ deux tiers des enfants présentant un attachement désorganisé réussissaient à organiser leur comportement d'attachement dans le but de maîtriser l'interaction avec la figure d'attachement ((53), (251), (252)). L'autre tiers reste désorganisé. Gunderson et Lyons-Ruth (208) expliquent ce changement radical par une discontinuité phénotypique au cours du développement. Certains enfants anciennement désorganisés pourront plus tard exercer une sorte « d'attention hypervigilante » sur leurs parents, en prenant soin d'eux, en les distrayant... Cette stratégie est également appelée « contrôlante/soignante ». Guédenev (253) fait le lien entre cette stratégie adaptative et le concept de « parentification » chez l'enfant. D'autres enfants vont adopter une modalité relationnelle marquée par la colère et l'hostilité, toujours dans le but de maintenir l'attention parentale : il s'agit d'une stratégie d'attachement « contrôlante/punitive ».

4. 5. Devenir des enfants

D'une manière générale, les auteurs s'accordent à dire que les enfants ayant une mère présentant un TPB sont à risque pour le développement ultérieur de troubles internalisés et externalisés (254).

4. 5. 1. Fonctionnement global

Concernant leur fonctionnement global, l'étude de Weiss et al. (255) montrait que les enfants de mères avec TPB (moyenne d'âge de 11 ans), avaient un score plus faible à la CGAS (Child Global Assessment Schedule) et que la moyenne de leurs scores les situait dans la catégorie « non-fonctionnelle ». Ainsi, leur niveau de fonctionnement était moindre dans plusieurs domaines : logement, scolarité et vie sociale.

4. 5. 2. Différents types de troubles

Dans leur revue de 2015, Petfield et al. distinguent les études explorant les troubles émotionnels de celles s'intéressant aux symptômes externalisés.

Trois études retrouvaient que les symptômes émotionnels étaient plus fréquents chez les enfants de parents avec TPB que dans les groupes contrôles. Ainsi, Barnow et al. en 2006 (226) évaluaient la psychopathologie ainsi que certaines caractéristiques individuelles et familiales d'une population d'adolescents et de pré-adolescents âgés de 11 à 18 ans (n=23) dont la mère avait un TPB, comparativement à des adolescents contrôles. Les groupes contrôles comprenaient des adolescents de mère sans pathologie, ou avec trouble de la personnalité cluster C (de type anxieux) ou encore de mères avec trouble dépressif. L'évaluation se faisait par auto-questionnaires de tempérament de l'enfant et le recueil d'autres caractéristiques individuelles et familiales. Les enfants de mères avec un TPB décrivaient leur mère comme surprotectrice en comparaison aux adolescents de tous les autres groupes. L'étude du tempérament mettait en évidence que les adolescents de mères souffrant de TPB avaient des scores d'évitement du danger plus élevés que les adolescents de mère avec un TP cluster C. Enfin, sur le plan psychopathologique, les adolescents de mères avec TPB présentaient significativement plus de problèmes d'ordre émotionnel tels que l'anxiété et la dépression, de même qu'une moins bonne estime de soi et plus de plaintes physiques, comparativement aux 3 groupes contrôles. Ces données soulignent la forte instabilité affective de ces adolescents. Les auteurs observaient en outre que les adolescents de mères présentant un TPB avaient un taux très élevé de tendance suicidaire, même si la différence avec les autres groupes n'était pas significative : 39 % faisaient état d'un désir de mort, 26 % d'idéation suicidaire et 9 % avaient déjà fait des tentatives de suicide (contre 2 % dans le groupe des mères sans pathologie). La seconde étude était celle de Abela et al. (256), réalisée sur 140 enfants âgés de 6 à 14 ans, qui évaluait la vulnérabilité aux épisodes dépressifs des enfants de parents avec TPB (père ou mère), présentant ou ayant présenté un épisode dépressif majeur, comparativement à des enfants dont un des parents avait ou avait eu un EDM mais ne souffrait pas de TPB. Les enfants de parents avec TPB et EDM présentaient plus de symptômes dépressifs (et plus francs), et avaient 6,8 fois plus de risque d'avoir présenté au moins une fois un EDM. Ils avaient par ailleurs des scores plus élevés aux facteurs de vulnérabilité cognitive et interpersonnelle de dépression (style d'attribution des émotions négatif, plus d'attitudes dysfonctionnelles dans les relations aux autres, tendance à la rumination et à l'auto-dépréciation). Ces résultats restaient identiques même après ajustement sur la présence d'un EDM chez la mère au moment de l'évaluation. Selon les auteurs, leurs résultats soulignaient qu'un trouble de personnalité *borderline* parental constituait un facteur de vulnérabilité pour l'enfant, ainsi plus susceptible de souffrir d'un EDM à la suite d'évènements négatifs ou stressants. Rappelons que Genet et al. (2015),

citant Feldman et al. (1995) (224), et Weiss et al. en 1996 (255), pointent que ses enfants « peuvent être particulièrement exposés à plusieurs négligences de la part de leurs parents, voire à leurs tentative de suicide ». Pour ces auteurs, les enfants de parents avec TPB et EDM pourraient présenter un double risque en termes de facteurs de vulnérabilité, mais aussi de risque d'exposition à des évènements de vie douloureux, susceptibles d'entraîner des épisodes dépressifs. Pour finir, l'étude de Herr et al. en 2008 (257) montrait qu'il existait une association statistiquement significative entre les symptômes de TPB chez les mères et la dépression chez leur adolescent de 15 ans, bien que dans ce cas, cette association disparaissait après contrôle sur la dépression maternelle.

Weiss et al. (255), étudiant les symptômes externalisés d'enfants de mères avec TPB âgés de 4 à 18 ans, retrouvaient qu'ils présentaient plus de troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité (TDA/H), ainsi que d'autres troubles du comportement, et plus de symptômes du TPB, comparativement à une population contrôle dont les mères avaient un autre trouble de la personnalité. Ces résultats rejoignent ceux de Paul Links et al. (1988) (258), qui avaient trouvé une plus forte prévalence de troubles liés à l'impulsivité et plus de TPB chez les descendants au premier degré de patients avec TPB. L'étude de Barnow et al. (226) citée précédemment montrait que les adolescents de mères avec un TPB obtenaient les scores les plus élevés concernant les troubles du comportement. Ils avaient plus de problèmes de concentration et d'attention, plus de conduites agressives ou délictuelles. Toutefois, la différence n'était significative qu'avec le groupe pour lequel la mère n'avait aucune pathologie psychiatrique.

Comme nous l'avons décrit dans la troisième partie de ce travail (cf. 3.7.2), l'une des caractéristiques du TPB est la faible capacité de mentalisation. Or, si cette dernière est perturbée dans le contexte de la relation parent-enfant, elle apparaît fortement impliquée dans le développement ultérieur de psychopathologie chez l'enfant. En effet, si elle est inadéquate, l'enfant éprouvera des difficultés à saisir la nature de ses propres états mentaux et de ceux des autres, c'est-à-dire à « mentaliser » (Allen, et al., 2008 (60)). Ceci contribuera au développement de difficultés dans son fonctionnement psychosocial (Sharp et Fonagy, 2008 (259)). Ses représentations mentales seront instables, voire absentes ou insuffisamment différenciées de celles de son parent. L'enfant pourra alors être plus susceptible de présenter des conduites problématiques tels qu'un comportement impulsif ou visant à rechercher l'attention, une faible estime de soi ou un sentiment de solitude (Verheugt-Pleiter, et al., 2008 (260)).

4. 6. Vers l'hypothèse d'une transmission transgénérationnelle du trouble de la personnalité borderline

À partir des données de la littérature, Stepp et Wahlen, en 2012 (254), cherchent à mettre en évidence la spécificité des « stratégies parentales » (interactions précoces, patterns de communication affective...) observées chez les mères souffrant d'un TPB. Ils émettent l'hypothèse que ce seraient les « oscillations » entre surinvestissement et sous-investissement qui caractérisent les interactions au sein de ces dyades. Ces « oscillations » sont définies comme des formes extrêmes d'incohérences, entre des comportements intrusifs et des comportements de retrait ou d'évitement. Ces comportements oscillants peuvent également se manifester par l'alternance entre contrôle hostile et froideur. Les auteurs citent une étude de Wahlen et al. de 2009 (261), dans laquelle les mères avec TPB déclaraient avoir plus de réponses négligentes ou punitives aux manifestations émotionnelles de leurs adolescents, même après ajustement sur la symptomatologie dépressive. De telles difficultés maternelles dans l'accompagnement des émotions de leurs enfants conduiraient les adolescents à dénier leurs propres réponses émotionnelles, augmentant ainsi le risque de vulnérabilité émotionnelle et d'invalidation de ces émotions par soi et les autres.

Dans leur étude, Macfie et Swan se questionnaient également sur l'implication de leurs résultats concernant les narratifs d'enfants de mères *borderline* : ces enfants sont-ils à risque de développer eux-mêmes le trouble au début de l'âge adulte ? Rappelant que selon Nigg et Goldsmiths (262), seuls 11,5 % des apparentés au premier degré d'individus avec un TPB en présentent également un, ils soulignent que la présence ou l'exposition aux facteurs de risque prédisposant au trouble (tempérament vulnérable, perturbation du lien d'attachement ou de la régulation émotionnelle) augmente le risque de le développer. S'appuyant sur les résultats de Zanarini et al. en 2001 (263), qui montraient que les adultes avec un TPB ne rapportaient pas d'antécédents de psychothérapie ou de suivi psychiatrique dans l'enfance, Macfie & Swan émettent l'hypothèse d'une discontinuité symptomatologique entre les éléments précurseurs du TPB et son émergence. Des symptômes différents en fonction de la période du développement pourraient ainsi être le reflet d'une même construction (les représentations mentales des liens d'attachement notamment) via les MIO (Carlson et al., 2004 (248)).

Ainsi, un jeune enfant montrant une peur de l'abandon pourra éprouver, en tant que jeune adulte, cette même peur de l'abandon dans les relations interpersonnelles. De même, un enfant dont les représentations mentales traduiraient des attentes négatives vis-à-vis de ses parents serait susceptible de développer colère et/ou défiance envers les autres, au sein de relations futures marquées par leur intensité et leur instabilité.

Si l'enfant présente peu de capacité de régulation émotionnelle, il pourra faire preuve de cette même incapacité à s'autoréguler, une fois adulte, dans des moments de détresse émotionnelle. Genet et al. formulent l'hypothèse que le manque de régulation dyadique ou maternelle dans les interactions précoces entre une mère *borderline* et son bébé serait à l'origine de l'incapacité pour l'enfant à intégrer cette fonction pour lui-même. Il serait donc plus à risque de développer ces mêmes difficultés de régulation émotionnelle (un des symptômes du TPB).

Tous ces résultats rejoignent les conclusions d'une autre étude de la même équipe évoquant les éléments dissociatifs chez les enfants aux antécédents de maltraitance (Macfie et al., 2001 (264)). La dissociation, qui fait référence à une perturbation de l'intégration normale des souvenirs, de l'identité ou de la perception de l'environnement, est un symptôme du TPB tel qu'il est défini par le DSM-V (126). Ce concept renvoie également à l'échec des processus de traitement de l'information face à une situation traumatique, une défaillance du système de régulation émotionnelle secondaire à « l'inondation » du système nerveux sympathique par les hormones du stress (Macfie et Swan 2009 (3) citant Bower et Sivers 1998 (265)). Plusieurs études ont montré un lien entre attachement désorganisé et dissociation (Carlson, 1998 (266), Ogawa et al., 1997 (267)), émettant l'hypothèse que ces expériences de dissociation répétées mèneraient à des troubles complexes et chroniques à l'âge adulte (tels que le TPB). Hobson et al. (243) retrouvaient que la plupart des enfants de mères souffrant d'un TPB avaient un attachement désorganisé. Cela semble suggérer que ces enfants sont à risque de développer des symptômes dissociatifs à l'âge adulte. Cette perturbation de la régulation émotionnelle face au stress pourrait avoir des implications pour le développement du trouble de personnalité *borderline*. S'appuyant sur les travaux de Yates et al. en 2008 (268), les auteurs insistent sur le fait que la dissociation pourrait faire le lien entre antécédents d'abus sexuels dans l'enfance et conduites auto-agressives à l'âge adulte (également un des critères diagnostiques du trouble selon le DSM-V).

Par ailleurs, pour Gunderson et Lyons-Ruth (208), les troubles des relations parent-enfant (tels qu'observés chez les mères souffrant de TPB et leurs enfants) peuvent potentiellement constituer un facteur relationnel précoce défavorable interagissant avec d'autres prédispositions de tempérament du côté du parent et de l'enfant, augmentant la probabilité que ce dernier développe un TPB.

Newman et al., en 2011 (77), ont décrit les supports neurobiologiques des troubles de la parentalité et ont mis en évidence certaines particularités de la neuro-imagerie chez les patients présentant un TPB. Ainsi, des anomalies du cortex cingulaire antérieur (CCA), du cortex orbitofrontal (COF) et une hyper-réactivité de la région amygdalienne sont retrouvées, particulièrement en réponse à une stimulation émotionnelle. Le CCA, inclus dans le cortex préfrontal, est impliqué dans la médiation de la réponse au stress (inhibition de l'amygdale) (269). Des modèles animaux ont montré

que des lésions du CCA étaient associées à une diminution des comportements affiliatifs sociaux, alors que des lésions du COF entraînaient une dysrégulation émotionnelle et une augmentation de l'impulsivité (270). Citant Silbersweig et al. (271), les auteurs suggèrent que cette sur-activation corticale en cas de stimuli négatifs pourrait jouer un rôle considérable dans le système de prise de décision, en favorisant des réponses automatiques dysfonctionnelles. Ainsi, les mères ayant des histoires traumatiques non résolues seraient plus à risque de répéter des modalités interactionnelles parent-enfant perturbées, entraînant la transmission transgénérationnelle du trauma et de l'abus. Finalement, les auteurs avancent l'hypothèse que les soins parentaux précoces influencent à la fois le développement de l'enfant mais également ses futures capacités parentales. Stepp et Wahlen, en 2012, citant la théorie biopsychosociale de Linehan (1993) (272), suggèrent également que les mères avec TPB mettent en place malgré elles un environnement délétère pour leurs enfants, qui se répercutera ensuite sur les stratégies parentales de ces derniers. Ces stratégies parentales pathologiques se transmettront alors potentiellement de génération en génération (une étude qualitative de Sansone et al. en 2013 (273) pointait que les patients avec TPB avaient plus fréquemment tendance à rapporter des relations parent-enfant de mauvaise qualité [dans leur propre enfance]). Les auteurs s'appuient également sur les travaux de Johnson et al. (2002) qui illustrent l'importance des stratégies parentales dans la transmission transgénérationnelle des troubles de la personnalité.

Newman et al. proposent alors une modélisation de cette transmission transgénérationnelle du trouble des interactions.

Trauma précoce
Attachement désorganisé
Séquelles neuro-développementales

Trauma précoce
Attachement désorganisé
Séquelles neuro-développementales

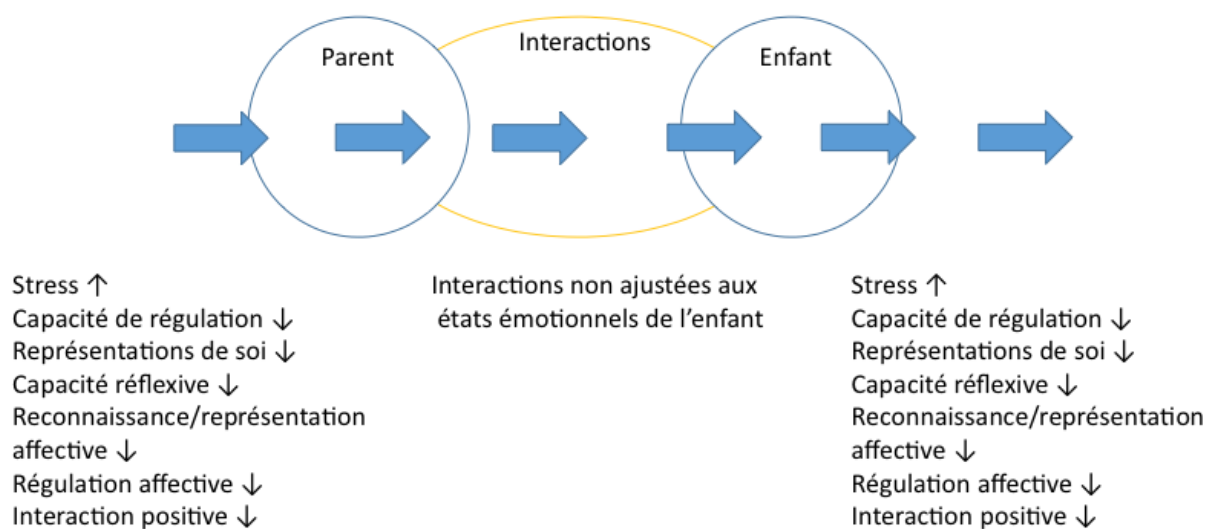


Figure 3. *Modèle de régulation transgénérationnelle des troubles des interactions parent-enfant*

Au regard de cette revue de la littérature, il apparaît que les enfants de mères présentant un TPB risquent de développer les mêmes difficultés de régulation émotionnelle, ainsi que les mêmes qualités d'attachement que ces dernières. Pour Genet et al. il semble donc que « ces enfants soient précocement pris dans un processus intersubjectif perturbé impactant leur développement subjectif mais aussi le développement de la qualité de leur attachement ». Ces données confortent ainsi l'idée que le trouble de personnalité *borderline* s'inscrit dans un « modèle développemental complexe au sein d'une perspective épigénétique ».

4. 7. Différences interindividuelles chez les enfants impactant la qualité des interactions et des processus de parentalité

Dans leur commentaire des travaux de Stepp et al., Zalewski et Lengua (2012) (274) mettent en évidence la place des caractéristiques propres à l'enfant dans les interactions mères-bébés. Ainsi un enfant avec une plus faible réactivité émotionnelle sera plus à même de maintenir une relation parent-enfant positive à partir du moment où le *caregiver* est disponible pour répondre positivement à son expression émotionnelle. Dans une étude pointant la nature transactionnelle de la relation entre rôle parental et caractéristiques tempéramentales de l'enfant, Kiff et al. (2011) (275) retrouvent

que les enfants avec moindre réactivité émotionnelle entraînent moins de comportements de maternage négatifs, et seront ainsi moins négativement affectés par les modes de maternage inadaptés. Ils insistent donc sur l'importance de prendre en compte le tempérament de l'enfant lorsqu'on étudie les effets de la pathologie maternelle sur son développement.

Cette idée est également reprise par Genet et al. (2015), qui pointent le rôle des caractéristiques psychobiologiques innées et/ou de tempérament du bébé qui entrent en interaction avec les prédispositions relationnelles chez le(s) parent(s). Ainsi, tous les enfants ne réagiraient pas de la même manière à la pathologie parentale. Certains, plus réactifs au stress et « hypersensibles » dans les relations interpersonnelles, pourraient plus facilement potentialiser les comportements maternels inadaptés (retrait, par exemple), ces réactions maternelles entraînant les effets décrits plus haut sur cet enfant déjà vulnérable.

5. La « parentalité *borderline* » comme modèle de trouble de la parentalité : réflexions sur les modalités de prise en charge de ces mères et leurs bébés

5. 1. Généralités : parentalité et santé mentale

La parentalité des individus atteints de troubles mentaux est principalement étudiée en termes de sur-risques pour le déroulement de la grossesse et du post-partum, comme nous l'avons détaillé précédemment pour les femmes présentant un TPB. Les revues de Blegen et al. (2010) (276) et de Shrank et al. (2015) (277) sur la question retrouvent que les mères atteintes d'une maladie mentale sévère sont plus à risque de rechute, de ré-hospitalisation et de dépression post-natale (278), mais aussi de stigmatisation, et d'un grand nombre de difficultés psychosociales ((279), (280)). Il existe par ailleurs un risque important pour ces mères de perdre la garde de leur enfant (taux d'environ 50 % chez les mères schizophrènes dans les pays occidentaux) (281). Du côté des enfants, les risques ont là aussi été largement décrits, et incluent l'exposition à des facteurs de risque d'origine maternelle pendant la grossesse (consommation de toxiques, traitement psychotrope, obésité...) ((278), (282)), potentiellement responsables de complications per-partum et néonatales ((283), (284)). Le risque développemental est également augmenté (retard d'apparition de la marche et du langage, faibles compétences de communication) (285) avec la survenue plus fréquente de troubles psychiatriques (286), de même que l'exposition à la négligence parentale. Ces enfants sont également plus susceptibles de présenter des désavantages financiers et sociaux (287).

Des études qualitatives ont par ailleurs permis d'appréhender le vécu de la parentalité de ces mères. Ainsi, les femmes souffrant d'un trouble mental verbalisent leur peur d'être perçues comme des mères « pas suffisamment bonnes » (211), ce qui diminue leur capacité à demander de l'aide. Elles soulignaient alors l'impact du regard des professionnels, exprimant des difficultés à trouver dans le personnel soignant quelqu'un à même de les soutenir et de les conseiller dans leur rôle de mère. Elles avaient donc tendance à éviter le sujet ainsi qu'à cacher les problèmes rencontrés dans l'exercice de leur parentalité ((280), (288)). Elles se disaient en outre en difficulté pour demander de l'aide par peur de perdre la garde de leur enfant.

Ces mères décrivaient par ailleurs un vécu d'anxiété et de culpabilité dans le cadre de leur expérience parentale : sentiment d'être incapable de gérer leurs difficultés tant pratiques que dans le registre émotionnel ((211), (289), (287)). Les auteurs insistaient finalement sur leurs difficultés à assumer cette « double identité » : mères et femmes avec un trouble de santé mentale (276).

D'un point de vue épidémiologique, il s'agit d'une question de santé publique majeure, dans la mesure où la santé de la mère impacte celle de l'enfant et peut avoir des conséquences

psychosociales à long terme, comme nous venons de le voir. Ainsi, malgré le peu de données existantes, Cleaver et al. (1999) considèrent qu'au Royaume-Uni, 10 à 15 % des enfants vivent avec un parent qui a un trouble mental (290). En Australie, 20 % des familles en population générale comptent au moins un parent souffrant de trouble mental (291), et 60 % des personnes accédant à un service de santé mentale sont parents (292). Ce chiffre corrobore celui cité par Bee et al. (2014) (293) dans une revue systématique de la littérature, pour qui la moitié des usagers des services de psychiatrie adulte auraient des enfants mineurs, et 10 % auraient un enfant âgé de moins de 5 ans. D'une manière générale, 9-10 % des femmes et 5-6 % des hommes seront parents en étant porteurs de trouble mental. Ces données n'incluent pas les troubles de la personnalité, ce qui laisse à penser que le pourcentage de personnes concernées est en réalité plus important. Globalement, bien que la fécondité des patients souffrant de troubles mentaux soit inférieure à celle de la population générale, la proportion de parents a tendance à augmenter dans ce groupe, du fait notamment de la désinstitutionnalisation (280).

À partir de ce constat, de nombreux auteurs ((211), (277), (278)) ont cherché à rassembler les données scientifiques sur la parentalité des mères (et plus largement des parents) souffrant de troubles mentaux, ainsi que sur les modalités de prises en charge existantes.

Un des éléments les plus marquants de ces travaux est que les soignants ne s'inquiètent que rarement du bien-être de ces enfants et du respect de leurs besoins ((294), (295)). Gladstone et al. (2006) allant même jusqu'à évoquer « l'enfant invisible » (« the invisible child »), dans le sens où les professionnels ne posaient pas même la question de leur existence (296). Ainsi, des études ont montré que très peu de données concernant le statut et les compétences parentales des femmes avec une pathologie mentale étaient collectées par les services de psychiatrie adulte (297).

Nous ne développerons pas ici l'intégralité des interventions existantes à l'adresse des mères souffrant de pathologies mentales graves. Il est cependant intéressant de souligner qu'il existe très peu d'études évaluant l'impact des interventions adressées aux parents souffrant d'un trouble de santé mentale, et peu de preuves de leur efficacité ((298), (277)).

Dans une revue de 2014, Bee et al. (293) pointent la grande hétérogénéité des interventions existantes, notamment concernant la cible de ces interventions : l'enfant, les parents ou la dyade (299). De même, leurs formats et contenus sont très variables et donc difficilement comparables.

Shrank et al. déplorent eux aussi le manque de consensus sur le contenu de telles interventions. Ils recensent 5 types d'interventions, identifiés dans 18 études de 1980 à nos jours. Trois études décrivaient des programmes de visite individuelle au domicile, et sept études évaluaient des programmes communautaires complexes. Dans deux études, le programme était destiné à des

patients hospitalisés. Enfin, trois études s'intéressaient à des interventions en ligne. Il est intéressant de relever qu'aucune de ces interventions n'avait été spécifiquement développée pour les besoins des parents avec SMI, alors même que ces mères disent souhaiter bénéficier de programmes adaptés à leurs besoins spécifiques (300). Ici encore, les auteurs retrouvaient une variabilité importante entre les études, particulièrement concernant l'âge des enfants, mais aussi en termes de pourcentages de parents avec maladie mentale et de nature des pathologies.

Bee et al. distinguent d'une part ce qu'ils nomment les interventions directes, dans lesquelles l'enfant est considéré comme acteur majeur du changement, et d'autre part les interventions indirectes (lorsque les enfants ont moins de deux ans) : ce sont les parents qui sont les acteurs centraux de la prise en charge. L'amélioration du bien-être de l'enfant passe par une modification du comportement parental et une amélioration de la santé mentale parentale. Ces différentes interventions reposent sur des programmes d'éducation parentale, des programmes de compétences comportementales ou thérapies psychologiques centrées sur les parents. En pratique, ces interventions ne sont pas mutuellement exclusives, et des interventions hybrides ont émergé (293).

De manière non spécifique, la plupart des auteurs insistent sur la place de l'entourage familial et du réseau social (301), Maybery & Reupert (2007) soulignant la nécessité de développer des approches intégratives dont l'objectif seraient une amélioration du bien-être familial dans son ensemble, dans une vision holistique de la prise en charge. Parrot et al. (2008) rappellent que le fait de retrouver son rôle social fait partie du processus de guérison et que le rôle de parent a une place centrale dans la vie sociale de chaque individu. Le soutien de la communauté favorise donc force et résilience dans les familles où un parent souffre de trouble mental (302).

Ainsi, dans un programme comme « Family Options for Parents with Mental Illnesses », Nicholson & Albert (2009) se proposent d'accompagner les parents et les enfants à développer les compétences de base leur permettant d'accéder aux ressources et au soutien des professionnels, mais aussi de leur environnement « naturel ». À terme, l'idée est de promouvoir des niveaux de bien-être et de fonctionnement social satisfaisants, et de les aider à construire leur propre réseau de soutien (303).

De leur côté, David et al. (2011) plaident pour la mise en place de groupes de soutien pour les membres de la famille qui participent à l'éducation de l'enfant (père, grands-parents). Ils soulignent par ailleurs l'importance des conditions économiques et des possibilités de garde, en insistant sur la nécessité de création de structures d'accueil pour l'enfant dans les cas où la mère souhaite travailler (304).

Enfin, plusieurs auteurs ((289), (304), (305)) montrent que le soutien par les pairs est indispensable dans la mesure où ces parents ont plus de difficultés à partager leurs préoccupations

ou à demander de l'aide à des professionnels (peur de la perte de la garde, se sentir gêné...). D'une manière générale, certaines études suggèrent que l'aide apportée par les pairs s'avère plus efficace que les soins traditionnels pour les individus souffrant d'un trouble mental (306).

Comme le souligne Craig en 2004, il existe un manque de données empiriques sur ces programmes, et on peut donc se questionner sur les modalités de prise en charge de soutien à la parentalité des patients souffrant d'une maladie mentale sévère : doit-on développer des programmes spécifiques adaptés à ce public particulier ou doit-on les accompagner vers les structures existantes et « tout-public » ? De même, de telles interventions doivent-elles être intégrées aux services de santé mentale adultes ? Ou se dérouler dans la communauté ? (305)

Il n'existe pas à ce jour de réponse claire à ces questions, du fait d'un faible nombre d'études mais aussi de leurs grandes disparités sur le plan méthodologique. Cette question est d'autant plus complexe du fait de la nécessaire prise en compte de l'âge et du niveau de développement des enfants pour mettre au point ces programmes.

L'élément qui ressort finalement de l'ensemble des données de la littérature concernant l'accompagnement de ces patients à la parentalité est le concept de « travail en réseau ». Ainsi, David et al. (2011) soutiennent que la collaboration entre les différents services, que ce soit les services sociaux, les pédiatres, les enseignants ou encore les professionnels de santé mentale, pourraient permettre d'améliorer la communication autour des besoins des femmes en termes de parentalité, mais aussi amener à une discussion autour des besoins physiques et émotionnels des enfants. Des formations communes sur les droits des parents et les spécificités des mères avec un trouble psychiatrique, organisées par et pour les services de protection de l'enfance, les pédiatres et les soignants des services de psychiatrie, permettraient d'améliorer la coordination des services et le dialogue inter-agence (voir Clark & Smith (2009) pour un exemple de collaboration en Australie (307)). L'objectif serait ici de diminuer la fragmentation des soins, qu'ils soient physiques, mentaux ou émotionnels (Barrow & Laborde (2008) (308), Lee & Sanders (2003) (309)), les rendant ainsi plus accessibles aux femmes avec une pathologie psychiatrique, en leur permettant d'intégrer leur propre prise en charge à celle de l'enfant.

Il semble qu'il existe une méfiance mutuelle entre spécialistes de la protection de l'enfance et soignants en santé mentale, les principaux obstacles évoqués pour expliquer les difficultés de collaboration étant le manque de temps et de ressources, des attentes considérées comme irréalistes de part et d'autre, les problèmes de confidentialité, ou encore les limites de chaque domaine professionnel (310).

Maybery & Reupert (2009) repèrent d'autres difficultés, au premier rang desquelles la stratégie et le management politiques des questions en lien avec la parentalité. Ils identifient un manque de politiques publiques et de *guidelines* pour le repérage du « statut parental » des usagers des services psychiatriques, et une grande disparité entre les pays. Ils relèvent également que les services de psychiatrie adulte, ayant tendance à se concentrer sur le traitement de la crise, sont souvent moins impliqués dans les actions de prévention, notamment en termes de conséquences de la maladie pour les patients et l'entourage. Pour O'Hanlon et al. (2002), cités par les auteurs, les difficultés de coordination entre structures pourraient venir des différences d'approche : intervention médicale ou « de crise » d'un côté, et système de soins basé sur un modèle holistique de l'autre (311). Maybery & Reupert soulignent également la problématique en lien avec l'attitude des soignants parfois observée en psychiatrie adulte et semblant découler d'une méconnaissance de l'enfant, de son développement et de ses besoins. Ils auront par exemple des difficultés à aborder le thème du rôle parental et de la parentalité sous un autre angle que celui de l'abus et de la négligence (312). En 2006, les auteurs avaient déjà montré qu'il existait une réticence des professionnels à aborder ces questions par crainte d'une rupture dans la relation thérapeutique et donc de l'alliance (313). En conclusion, cette étude plaide pour une pratique sensibilisée à la question de la famille et de la parentalité, suggérant la mise en place de procédures pour « identifier » les enfants des usagers et initier des relations avec membres de la famille, et évaluer les besoins du parent, de l'enfant et de sa famille.

Les recommandations du collège de psychiatrie en Angleterre (279) ou les positions défendues par certains auteurs comme Dugnat (314) en France se rejoignent et pointent la nécessité pour les psychiatres, d'adultes comme d'enfants, d'être familiers du système légal et des structures de protection de l'enfance en vigueur, avec une nécessaire mise à jour régulière des connaissances des professionnels via des actions de formation. Concernant le système de soins français, Dugnat rappelle le rôle du secteur et l'indispensable articulation ville-hôpital.

5. 2. La « parentalité borderline » comme paradigmatique de la prise en charge des troubles de la parentalité : de la nécessité d'une approche pluridisciplinaire

Fréquemment décrit comme difficile, le suivi est marqué par les difficultés secondaires aux spécificités psychopathologiques des mères souffrant d'un trouble grave de la personnalité de type *borderline*. La faible capacité d'élaboration, le manque de respect du cadre proposé, la discontinuité ou encore les risques de rupture brutale du soin impactent la prise en charge. Pour Aidane et al. (2009), la complexité du fonctionnement psychique de ces parents « interroge à plusieurs niveaux les espaces thérapeutiques », et « seul un cadre alliant souplesse et disponibilité, dans un travail de

co-construction mené conjointement par plusieurs thérapeutes, peut permettre l'établissement du lien mère/enfant » (315).

Il existe des difficultés limitant l'impact de la prise en charge psychothérapique, telles que l'accès à une histoire de vie cohérent, ou encore la présence d'un passé traumatique s'apparentant à des traces mnésiques sans représentation, la « mémoire amnésique » décrite par Green (2001) (316). Pour Fraiberg (109), le défaut d'élaboration laisse la voie libre à la répétition des traumatismes subis. L'objectif de la thérapie sera donc « un travail de mise en mots et de restitution des expériences vécues ». Il sera important de veiller à replacer le bébé au sein de l'histoire parentale et familiale (315).

On peut souligner que l'instabilité, l'impulsivité et le risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif rendent ce suivi particulièrement ardu et mettent à mal les différents intervenants.

Le suivi permettra d'accompagner l'émergence des processus de parentalité, de diminuer le risque de décompensation post-partum et de pallier aux difficultés d'ajustement aux besoins du nouveau-né durant les premiers temps, limitant ainsi la perturbation des interactions et donc l'émergence de patterns d'attachement inséculs.

De nombreux auteurs (317) insistent sur l'intérêt d'une prise en charge précoce, si possible en anténatal (sensibilisation des professionnels de la grossesse) pour favoriser l'alliance thérapeutique, et ont ainsi développé des approches spécifiques du couple mère-bébé. Rouillon et al. (2012) soulignent que l'arrivée de l'enfant est souvent l'occasion pour la mère d'aborder ces problématiques, alors même qu'elle était auparavant rarement inscrite dans un réseau de soins (reconnaissance et prise en charge de ses difficultés propres) (4). Ils font en cela référence aux travaux de Bydlowski (1991), qui fait appel à la notion de « transparence psychique » pour évoquer un fonctionnement psychique maternel particulier, caractérisé par « l'abaissement des résistances habituelles face au refoulé inconscient », et marqué par « un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles » (217).

Rouillon rappelle également que bien que les programmes de soins spécifiques du trouble de personnalité *borderline* soient actuellement très peu répandus en France, les réseaux de repérage et de suivi en périnatalité des familles « à risque » sont bien développés (exemple du réseau des PMI). Elle note ainsi l'intérêt de développer des partenariats pour proposer des soins adaptés à ces mères, en s'appuyant sur le réseau existant.

5. 2. 1. Modalités de prises en charge existantes

5. 2. 1. 1. Interventions sur les interactions précoces et l'attachement

Stepp & Whalen (2012) soulignent dans leur revue de la littérature qu'il n'existe pas d'interventions spécifiquement conçues pour mères avec TPB et leurs enfants (254). Cependant, ils rappellent que plusieurs auteurs ont émis des recommandations générales en faveur des thérapies d'inspiration attachementiste (318), spécialement de la petite enfance jusqu'à la période préscolaire, en les associant à des interventions basées sur la psychoéducation (319) à l'adresse des membres de la famille des patients souffrant d'un trouble de personnalité *borderline*. L'objectif est ici de prévenir la transmission d'un attachement insécurité via la mise en place d'une psychothérapie individuelle avec la mère plus ou moins couplée à une psychothérapie mère-enfant (ou bébé). En 2008, Newman & Stevenson rappelaient en effet que deux catégories d'interventions émergent pour les mères à risque de trouble des interactions précoces : Il y a débat entre les tenants d'une approche centrée sur la mère et ceux d'une approche centrée sur la dyade. Pour les premiers : les bénéfices de la thérapie maternelle retentiront sur sa relation avec le bébé. Pour les seconds, l'intervention doit se situer au niveau de la relation, le devenir de l'enfant devant être amélioré par l'utilisation d'approches centrées sur l'attachement (dont l'objectif est de promouvoir la régulation des interactions émotionnelles entre le parent et le bébé). De plus, ils avancent que ces approches dyadiques auront un impact plus rapide (320).

5. 2. 1. 1. 1. Interventions centrées sur la mère

Elles ont vocation à « corriger » les représentations de *caregiving* de la mère au travers des interactions avec le thérapeute. Pendant cette psychothérapie individuelle, la mère est encouragée à évoquer sa propre enfance et à relier ces événements à sa relation actuelle à son enfant, lui permettant ainsi d'avoir une certaine conscience de la manière dont elle reproduit le « cycle » de l'attachement insécurité et/ou désorganisé. Pour Stevenson et Meares (1992), ces thérapies doivent favoriser la compréhension des effets de leurs expériences passées sur leurs représentations actuelles du nourrisson. Cette technique d'amélioration de la sécurité de l'attachement via une psychothérapie individuelle n'a malheureusement pas été formalisée, ce qui a limité sa diffusion et son évaluation.

5. 2. 1. 1. 2. Interventions centrées sur la dyade

La mère évoque ici son histoire développementale en termes d'interactions et d'expériences avec ses propres *caregivers*. Le travail se concentre sur la compréhension de la place des problématiques d'attachement depuis le vécu personnel du parent jusqu'à sa relation actuelle avec le bébé, avec là encore pour but l'amélioration de la conscience du parent de l'impact de ses soins sur le développement de l'enfant. Cela s'appuie sur les données empiriques que nous avons décrites

précédemment, selon lesquelles les représentations d'attachement de la mère étaient liées au pattern d'attachement de l'enfant.

Le thérapeute observe les interactions entre la mère et son bébé afin de faciliter le travail de lien entre son expérience passée, son propre style d'attachement et sa relation actuelle à son enfant. Il y a plusieurs exemples codifiés de ce type de thérapie parent-enfant, tels que la WWW (Muir, Lojkasek et Cohen, 1999), la Preschooler-Parent Psychotherapy (PPP : Cicchetti, Rogosh et Toth, 2000) et la Circle Of Security (COS : Marvin, Cooper, Hoffman, 2002). Ces interventions varient en termes de part de psychoéducation dans le design du programme : ainsi, la WWW encourage le moins cet aspect tandis que la COS a le format le plus structuré, particulièrement concernant les compétences à développer pour assurer une base de sécurité aux nourrissons et aux tout-petits. Par exemple, dans la COS, les parents enregistrent les interactions avec leurs enfants, et on leur fait un retour au cours d'une session de groupe en regardant les « techniques » éducatives qu'ils utilisent. Ces interventions ont largement été utilisées avec les enfants maltraités (Toth, Maughan, 2002) et avec les mères déprimées (Cicchetti et Toth, 1999). Lyons-Ruth (2012) précise ainsi que l'équipe de Toth avait prouvé l'efficacité d'une psychothérapie parent-enfant hebdomadaire pendant un an sur la diminution du taux d'attachement désorganisé dans ces deux types de populations, fréquemment liées à la psychopathologie *borderline* (321). Elle soulignait par ailleurs l'efficacité de ces prises en charge pour des mères avec de jeunes enfants exposés à des violences conjugales, citant les travaux de Lieberman et al. plaidant donc pour le développement de ce type de psychothérapie parent-enfant à l'adresse des mères avec TPB.

Dans leur étude de 2008, Newman et Stevenson (320) rappellent de manière détaillée les principes de la WWW (Watch Wait And Wonder) développée par Muir et al. en 1999 (322). Ici, il est demandé à la mère de se concentrer sur les tentatives de communication de l'enfant. En pratique, la thérapie se déroule de la manière suivante : le couple parent-enfant est reçu dans une salle de thérapie dans laquelle sont disposés un ensemble de jouets « standards ». En début de session, le parent doit se mettre au sol avec l'enfant, et observer et suivre les activités de ce dernier. Le thérapeute est présent dans la pièce mais n'intervient pas. Dans un second temps, le thérapeute et le parent discutent des activités initiées par l'enfant et le parent est interrogé sur sa compréhension des comportements et des jeux de l'enfant.

Newman et Stevenson ont recruté vingt mères avec un diagnostic de trouble de la personnalité de type *borderline* (selon les critères du DSM-IV avec un score > 8 au *Revised Diagnostic Interview (RDI) for Borderline* (323)) pour une étude sur la nature transgénérationnelle de l'attachement chez les mères avec TPB et leurs enfants. Six d'entre elles ont accepté de participer à un programme de 12 sessions minimum sur les 14 prévues au départ, pour une durée de 5 mois. Les thérapeutes étaient

des étudiants en master de santé mentale de l'enfant qui bénéficiaient d'une supervision hebdomadaire par les auteurs. Il ne s'agissait pas d'un essai contrôlé randomisé et les auteurs s'appuient dans l'article sur un des cas cliniques pour décrire l'impact de cette thérapie sur la dyade, et proposer leur réflexion sur son efficacité. Concernant la nature de l'intervention, ils s'interrogent tout d'abord sur la difficulté à engager réellement les mères dans ce travail, qui par nature n'est ni une thérapie « pour elle », ni une thérapie « pour l'enfant », mais véritablement une thérapie « pour les interactions ». Ils repèrent que les mères ont tendance à vouloir parler de leurs propres difficultés plutôt que de s'engager dans l'activité avec enfant. De plus, la thérapie semblait entraîner une forme de « jalousie » et de compétition avec l'enfant pour obtenir l'attention du thérapeute. Ils insistent donc sur l'importance de s'assurer que la mère se sent entendue et non rejetée par le focus sur la relation dyadique qui est au cœur de la thérapie. En effet, ils observaient parfois un véritable ressentiment maternel à l'égard de l'attention reçue par enfant, certaines regrettant que « personne n'[ait] fait ça pour moi ». Pour améliorer la participation des mères, les auteurs proposaient alors la mise en place d'un moment spécial qui leur soit entièrement dédié.

Une des principales limites de ce traitement relevée par Newman et al. était la fonction réflexive limitée de ces patientes et donc leurs grandes difficultés à réfléchir (mentaliser) aux comportements de leurs enfants ou aux leurs. Il semble cependant que le regard valorisant et la contenance du thérapeute aient un rôle positif et améliorent la capacité des mères à s'interroger sur leurs propres états affectifs et sur le monde interne de l'enfant.

En conclusion, cette étude semble confirmer l'impact favorable des interventions centrées sur les interactions parent-enfant même si elle ne permet pas d'en apporter la preuve statistique, qui nécessiterait des recherches complémentaires. Ce travail permet surtout une réflexion sur les limites de ce type de thérapie, notamment lorsque la mère est trop entravée dans l'accès aux représentations de ses états mentaux et de ceux de l'enfant.

Dans cet article, Newman & Stevenson relevaient que le thérapeute se retrouvait fréquemment en difficultés pour trouver le juste équilibre entre les besoins de la mère et ceux de l'enfant. Il nous semblait donc intéressant de citer les travaux d'une équipe française, qui propose la mise en place d'un dispositif particulier pour tenter de pallier à ces difficultés. Le Nestour & Apter Danon (2007) décrivent la mise en œuvre des « thérapies conjointes mère-bébé » (324). Leur travail, sous-tendu par une approche analytique, veut promouvoir « l'élaboration des conflits d'investissement concernant les fantômes du passé » (en référence aux travaux de Fraiberg), de même que « le remaniement des identifications internes des parents à leurs propres parents, qui resurgissent et contaminent les relations au bébé actuel ». Les auteurs s'inscrivent donc dans des thérapies de plus longues durées, soulignant que ces modifications psychiques nécessitent du temps. Elles rappellent en effet que ces

mères donnent le plus souvent une version extrêmement confuse de leur passé et qu'il leur est pratiquement impossible de faire des liens entre passé et présent. Reprenant les obstacles à la thérapie retrouvés par Newman & Stevenson dans leur étude, Lenestour & Danon relèvent la rivalité extrêmement importante des mères à l'égard des thérapeutes pour « occulter ce bébé qui ne leur renvoie que mésestime, honte et humiliation ». Pour elles, un seul thérapeute courrait par ailleurs le risque d'être essentiellement centré sur la relation transférentielle – contre-transférentielle parents/thérapeute. Ici, le cadre est là pour prendre en compte « non seulement le bébé actuel mais aussi les parties infantiles des parents ». De même, pour que le bébé ne soit pas exclu de la psychothérapie, le cothérapeute (éducatrice ou puéricultrice) a pour rôle de se centrer sur lui. « Son identification à ce qu'il discerne des éprouvés de l'enfant lui permet de soutenir l'expression et la nomination des affects perceptibles du bébé », ce que l'on peut rapprocher du travail sur la fonction réflexive parentale. Le Nestour & Danon précisent d'ailleurs que « le cothérapeute comme le thérapeute soutiennent un travail de métaphorisation du vécu immédiatement perceptible, sous une forme langagière qui relie les actes et les affects sous-jacents dans une mise en sens ». Ainsi, « l'attention portée par le cothérapeute au langage « psychomoteur » du bébé favorise la traduction de l'éprouvé corporel, en affect, en représentations. » Le thérapeute, lui, focalise son attention sur l'interaction comportementale et fantasmatique de la mère. Finalement, les parents peuvent ébaucher une « compréhension des mouvements de leur bébé, mais ils peuvent également « aborder « leurs parties infantiles » mises à mal dans leur enfance. »

D'autres interventions dyadiques se basent sur l'amélioration de la fonction réflexive parentale. L'objectif est d'améliorer les interactions et de promouvoir la sécurité de l'attachement en renforçant les capacités maternelles à observer et réfléchir au sens du comportement et de la communication émotionnelle de l'enfant. Cette approche est orientée par l'enfant dans la mesure où elle doit lui offrir une expérience d'autonomie et permettre le développement de la capacité de la mère à voir son enfant comme psychologiquement indépendant et actif dans la communication. Elle doit augmenter la sensibilité parentale et la capacité réflexive (111), en aidant les parents à réfléchir aux expériences internes de leurs enfants, à leurs besoins et à leurs motivations.

Partant du constat que de nombreux symptômes du TPB étaient en lien avec un défaut de mentalisation, Nijssens et al. (2012) ont mis au point une thérapie axée sur l'amélioration de la fonction réflexive : le Mentalization-based treatment (MBT) (325). Dans les années récentes, le constat est qu'un nombre important de jeunes femmes avec des traits de personnalité *borderline* enceintes ou de jeunes parents étaient pris en charge, et que bien que progressant sur le plan de la fonction réflexive « individuelle », ils progressaient peu en termes de fonction réflexive parentale. Le Mentalization-based treatment for parents (MBT-P) s'inspire partiellement de programmes comme

« Minding The Baby » (326) ou the « The Parents First Programme » et a été développé spécifiquement pour les mères avec TPB. La population éligible à la thérapie est constituée de parents (biologiques, adoptifs, familles d'accueil ; pères comme mères) cherchant un traitement pour leur TPB, accompagnés de leurs enfants de 0 à 4 ans. Le programme combine MBT « standard » et un module parent-enfant.

Le MBT consiste en des sessions de thérapie de groupe bihebdomadaires et des sessions individuelles hebdomadaires, les deux sont focalisées sur l'amélioration des capacités de mentalisation du patient. Le module parent-enfant se centre sur la fonction réflexive parentale (FRP) en utilisant le retour vidéo et d'autres techniques de promotion de la mentalisation. Il comporte une séance de psychothérapie parent-enfant tous les 15 jours et 6 séances de groupe sur une période de 2 mois. Parallèlement, un accompagnement plus global est assuré par des infirmières via des visites à domicile (VAD) ou des appels téléphoniques afin de développer l'alliance thérapeutique. En pratique, la psychothérapie parent-enfant se déroule de la manière suivante : Le parent vient avec l'enfant. Les sessions concernent la mentalisation pour soi, pour l'enfant et pour la relation. Une première phase consiste en une évaluation de la FRP et de l'engagement du patient, en construisant une alliance de travail, et en réalisant une psychoéducation à la mentalisation et au programme MBT-P. Les buts de la thérapie parent-enfant sont définis. La phase intermédiaire est la phase de traitement proprement dite : il s'agit d'interventions visant à favoriser la FRP via des interventions centrées sur la relation parent-enfant à partir de vidéos ; à partir de jeux libres et de vidéos réalisées par le parent lui-même sur des situations difficiles (repas, sommeil) ou valorisantes. Le thérapeute et le patient regardent la vidéo ensemble, toujours focalisés sur l'état mental du parent et de l'enfant, et particulièrement en réfléchissant ensemble sur ce qui se passe dans l'interaction dans le moment présent. Enfin, la dernière étape est celle du suivi et de consolidation des compétences acquises. Les séances de groupes de mentalisation permettent d'aborder différents thèmes autour de la pathologie, de la mentalisation, de la parentalité et de l'attachement. Le but reste d'améliorer la réflexion du parent à propos de ses propres expériences ou celles des autres, de se soutenir entre eux et de mettre en évidence et créer des perspectives alternatives.

5. 2. 1. 2. Interventions sur la parentalité au sens large

Dans un article récent, Zalewski et al. (2015) partent de l'idée que de nombreux traitements ont montré leur efficacité dans le traitement du trouble de la personnalité de type *borderline* (160), et que plusieurs interventions s'avèrent positives dans la prise en charge des troubles de la parentalité ((327), (328)). Ils soulignent néanmoins que ces deux zones d'intervention n'ont jamais réellement été intégrées. Ainsi, les besoins en santé mentale des femmes avec un trouble de la personnalité de type *borderline* peuvent ne pas être pris en compte par les interventions standards en parentalité, et

d'autre part les problèmes liés à la parentalité ne sont pas intégrés au traitement standard du trouble *borderline*. Toute la difficulté semble résider dans le fait que bien que certains programmes d'inspiration comportementaliste, fréquemment regroupés sous le terme générique de Parent Management Training (PMT), aient fait la preuve de leur efficacité en population générale, certains auteurs, comme Maliken & Katz (2013) montrent que les difficultés de régulation émotionnelle (symptôme transnosographique mais central dans la psychopathologie du trouble comme nous l'avons vu précédemment) diminuent leur efficacité (329). Zalewski et al. (2015), citant les travaux de Dumas (2005), proposent l'utilisation de techniques de *mindfulness* (pleine conscience) : cela permettrait aux mères de prendre de la distance lors des situations de *parenting* complexes, notamment lorsque l'enfant exprime ou provoque une forte émotion. Cela pourrait également améliorer la conscience de leurs difficultés et limites, et donc augmenter leur capacité à demander de l'aide (330).

5. 2. 1. 2. 1. Guidance parentale

Aux côtés des thérapies ciblées sur la prise en charge des interactions pathologiques retrouvées chez ces dyades, les auteurs discutent la place de la guidance parentale et de la psychoéducation dans le design global de leurs interventions. Ainsi, Newman et Stevenson (2008) choisissaient de ne pas répondre aux demandes des parents concernant les difficultés au quotidien, mais pointaient en conclusion de leur travail les difficultés rencontrées par le thérapeute face à l'incapacité criante des mères à répondre aux besoins basiques de leur enfant. Ils étaient ainsi sans cesse obligés de se recentrer sur les objectifs de la thérapie, bien que les mères puissent manifester leur incapacité à maintenir une régularité et une stabilité au quotidien (heures des repas ou du coucher par exemple), tout en veillant à garantir la sécurité de l'enfant et ses besoins primaires.

Il semble donc qu'il y ait un fossé entre les objectifs des interventions basées spécifiquement sur l'attachement et ceux des mères avec un trouble de la personnalité de type *borderline* quand elles vont à la rencontre des professionnels. En effet, si ces interventions sont réalisées sans un focus particulier sur les compétences parentales, elles augmentent le niveau de stress et les préoccupations des mères concernant leur capacité à répondre aux besoins basiques de leurs enfants (254). Il apparaît donc que ces mères nécessitent une approche psychoéducative et un entraînement aux compétences parentales « pratiques » avant (ou parallèlement à) la mise en place des stratégies attachementnistes ou de travail sur la mentalisation.

Stepp et al. (2012) proposent de repérer les pratiques parentales problématiques et décrivent les cibles à privilégier pour le développement des compétences parentales chez les mères avec TPB. Ils insistent dans un premier temps sur l'information des mères concernant le développement de l'enfant. En effet, de nombreuses mères apparaissent peu familiarisées avec les étapes du

développement normal et peuvent avoir du mal à gérer des comportements normaux chez leurs nourrissons, enfants ou adolescents. Si elle bénéficie d'un enseignement concernant les différentes étapes du développement, la mère peut se préparer aux challenges en lien avec chacune d'elles et avoir des attentes raisonnables et adaptées au niveau de développement de l'enfant. Un apprentissage des compétences maternelles de base et d'éléments de « parenting positif » (comment mettre un enfant au lit, comment gérer l'alimentation ou encore le développement de stratégies disciplinaires adaptées) leur permet d'appréhender le point de vue de l'enfant. Les auteurs soulignent toutefois l'importance de poursuivre cet apprentissage plus tard chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents, dans la mesure où d'importants remaniements cognitifs, émotionnels et physiques ont lieu entre l'enfance et l'adolescence. Dans une réflexion sur leurs propres expériences infantiles, les mères peuvent également faire le lien entre ce vécu et des stratégies de parenting inefficaces avec leurs enfants actuels : elles pourraient avoir besoin d'apprendre à identifier les oscillations entre parenting contrôlant et punitif, et des pratiques plus permissives par indifférence ou retrait. Les auteurs détaillent ensuite les différents types de compétences à développer :

– *Compétences visant à favoriser la cohérence dans la planification et la surveillance :*

Se basant sur les travaux de Feldman et al. (1995), les auteurs rappellent que les enfants de mères avec TPB sont fréquemment exposés à une importante instabilité environnementale tels que de fréquents déménagements, des changements d'école, ou encore des tentatives de suicide maternelles avec hospitalisations (224). Ils citent également Conroy et al. (2010) qui rapportent la plus grande fréquence d'une irrégularité dans les rythmes quotidiens (heures de coucher et de repas par exemple) (331). Une cible d'intervention importante pour ces mères serait donc de favoriser l'émergence d'un quotidien prévisible et d'un environnement stable pour leurs enfants, qui consistent aussi en des temps de transition prédictibles. La routine entraîne un sentiment de structure et de sécurité chez les enfants : ils apprennent que leur environnement ou maison est un endroit stable et sûr. Plusieurs études ont en effet prouvé l'impact positif d'une telle routine sur la santé mentale des enfants dans des familles à risque (332). Une étude d'Eisenberg (2004) a montré par exemple que la routine du repas familial était associée à moins de symptômes dépressifs, d'usage d'alcool et de cannabis chez les adolescents (333). Par ailleurs, les parents doivent être encouragés à surveiller les activités et comportements de leurs enfants, permettant ainsi de diminuer le risque de délinquance durant l'adolescence ou le début de l'âge adulte. Les mères souffrant de TPB ont en effet tendance à alterner entre stratégies de punition très sévère et grande permissivité. L'objectif sera donc de les aider à poser des limites claires à leur enfant et à développer des stratégies de « surveillance » efficace en fonction de l'âge et du niveau de développement de l'enfant. Améliorer ces compétences

favorisera en outre le sentiment d'efficacité personnelle des mères et diminuera le stress en lien avec leur rôle parental.

– *Compétences pour promouvoir une cohérence en termes de chaleur et réconfort :*

Les auteurs pointent ici la nécessité d'aider ces mères à répondre positivement et de manière systématique aux manifestations émotionnelles de leurs enfants. Cela permet le développement de stratégies adaptatives afin de gérer leurs émotions dans des situations sociales stressantes, par exemple, mais également d'aider ces mères à montrer chaleur et réconfort même durant des périodes de détresse émotionnelle importante.

Après une revue des difficultés spécifiques rencontrées par les mères souffrant de TPB avec leurs enfants et après avoir détaillé les modalités de prise en charge existantes, Zalewski et al. (2015) cherchent à évaluer qualitativement l'expérience de la maternité chez les mères avec TPB prises en charge en psychiatrie (334). Ils souhaitent par ailleurs apprécier la motivation des femmes à l'intégration d'interventions ciblées sur leur rôle parental dans leur traitement actuel (basé sur la Dialectical Behavior Therapy (DBT), développée par Linehan en 1993 (272)). La DBT repose sur la théorie biopsychosociale du trouble de personnalité *borderline* qui, comme nous l'avons expliqué dans notre première partie, considère que l'émergence du trouble est secondaire à la rencontre entre un environnement invalidant sur le plan émotionnel et un individu vulnérable : cela va entraver le développement des compétences comportementales et cognitives requises pour l'autorégulation émotionnelle. Le traitement a donc cinq objectifs principaux : 1/ enseigner des compétences pour favoriser la régulation émotionnelle et comportementale, 2/ encourager le patient à utiliser ces compétences, 3/ assurer l'utilisation de ces compétences dans une grande variété de situations, 4/ aider à créer un environnement qui renforce ces compétences, et enfin 5/ améliorer les propres compétences du thérapeute pour le soutenir dans la poursuite de la thérapie.

Zalewski et al. recrutent 23 femmes âgées de 39 ans en moyenne, participant à un programme intensif en ambulatoire (2 à 3 séances par semaine) et ayant entre 1 et 5 enfants. Les enfants étaient âgés de 5 mois à 39 ans. Ils cherchent à évaluer l'adhésion des mères à l'idée d'un programme thérapeutique qui s'adresserait à la fois à elles et à leurs enfants. Les aspects positifs mis en avant étaient le fait de pouvoir partager des expériences communes avec d'autres mères et la question de leur rôle parental. Les mères avançaient l'idée que leurs enfants pourraient eux-mêmes bénéficier des compétences promues par la DBT. Elles souhaitaient par ailleurs qu'une telle thérapie augmente leur confiance en tant que parent, et les aide à préciser « qui on souhaite être en tant que parent ». Elles s'inquiétaient en revanche d'être jugées dans leurs capacités parentales, voire d'une possible intervention des services sociaux. Les mères craignaient par ailleurs d'exposer leur enfant à d'autres patientes souffrant d'un trouble de personnalité *borderline*, par peur qu'ils ne puissent être exposés à

des débordements émotionnels de la part des autres femmes notamment. Quand on leur demandait de quelle manière elles imaginaient l'intégration de leurs enfants au sein de leur thérapie, les mères évoquaient de nombreuses possibilités. Certaines préféraient des groupes communs, d'autres des groupes distincts, certaines souhaitant que l'enfant bénéficie d'activités de loisirs, de « distraction », tandis que les autres plaidaient pour la mise en place d'une DBT adaptée aux enfants. Plusieurs d'entre elles exprimaient le désir de commencer par plusieurs semaines de traitement seules afin d'augmenter leur niveau de tolérance au stress avant l'arrivée des enfants dans le programme. D'autres suggestions incluaient : une thérapie dyadique avec observation de l'interaction par un soignant et feed-back à la mère, ou encore une thérapie individuelle pour l'enfant. Il est important de noter que les propositions des mères étaient grandement influencées par l'âge de l'enfant, l'existence d'un problème de santé mental chez ce dernier, ou encore le fait qu'il connaisse ou non la maladie et le traitement de sa mère.

Finalement, on peut rapprocher les conclusions de ce travail de celles d'un autre article de Zalewski et al. (2012), dans lequel les auteurs insistaient sur l'importance des techniques comportementales issues de programmes d'entraînement parental (développer des techniques de renforcement et de punition efficaces, par exemple). Pour eux, à ces compétences éducatives générales devait s'ajouter un entraînement aux compétences de régulation émotionnelle maternelle pour faciliter l'implantation de compétences parentales. Ils soulignaient alors l'importance de la cohérence entre traitement individuel de la mère et intervention au niveau des pratiques parentales qui favoriserait l'implication des mères et donc le maintien du changement (274).

5. 2. 1. 2. 2. Psychoéducation familiale

À côté de ces stratégies d'amélioration des compétences parentales, on retrouve les approches psychoéducatives familiales. Ces dernières ont l'intérêt d'apporter au thérapeute des informations sur une grande variété de difficultés présentées par les membres de la famille des personnes malades (conjoint, enfants adultes, amis...). Aucune de ces interventions n'a cependant été développée spécifiquement pour les mères souffrant d'un TPB et leurs enfants. Malgré tout, Stepp et al. (2012) pointent leur pertinence dans le cadre d'une approche systémique du trouble. Comme nous l'avons abordé plus haut, elles ont démontré leur efficacité pour plusieurs maladies mentales graves, diminuant le risque de rechute ainsi que le stress familial (335). Les recherches sur l'impact de ces thérapies pour les individus avec trouble grave de la personnalité de type *borderline* ont pris du retard comparé à d'autres maladies mentales sévères comme la schizophrénie. Gunderson et al. (1997) décrivent le développement d'un programme pilote, Multiple Family Group (MFG), et rapportent des améliorations dans la communication familiale et une diminution de l'épuisement familial après 6 mois de traitement (319). Les auteurs répertorient trois autres programmes qui

incluent la psychoéducation familiale comme un des composants du modèle de traitement, et pour lesquels au moins un article a été publié arguant de l'efficacité pour ces familles : (a) Family Connections (FC : Fruzzetti & Hoffman, 2004, (336)), (b) Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS : Blum, Pfohl, St. John, Monahan, & Black, 2002, (337)), et (c) Multigroup Family Skills Training As Part Of Dialectical Behavior Therapy for adolescents (Miller, Rathus, & Linehan, 2006, (338)). La FC se centrait exclusivement sur la psychoéducation familiale tandis que dans les deux autres, le patient avec TPB était au cœur de la prise en charge, les autres membres de la famille n'étant inclus que dans un second temps. La FC permettait de diminuer le stress chez les proches, alors que la STEPPS et les groupes multifamilles amélioraient le devenir des patients. Aucune de ces thérapies ne permettait d'influencer à la fois le stress des proches et l'évolution personnelle des patients.

En conclusion, il n'existe pas d'approche univoque du trouble de la parentalité chez les mères souffrant d'un TPB. L'intrication de nombreux facteurs (psychopathologiques, psychosociaux) met en demeure les professionnels de proposer des interventions multidimensionnelles, intégrant à la fois les aspects de guidance parentale et de psychoéducation familiale aux côtés du traitement plus spécifique du trouble des interactions. La plupart des travaux que nous avons cités pointent l'importance de prendre en compte les particularités psychopathologiques de ces femmes dans la conception des stratégies thérapeutiques, et notamment leurs difficultés de régulation émotionnelle et leur faible capacité de mentalisation.

5. 2. 2. *Éthique et travail en réseau*

Les auteurs travaillant sur les questions de parentalité chez ces patientes mettent tous en exergue les difficultés rencontrées par les professionnels, qu'ils soient acteurs de santé ou travailleurs sociaux.

5. 2. 2. 1. Questionnement éthique

Comme nous l'avons vu en préambule de ce travail, le concept de parentalité a évolué depuis son apparition dans la littérature psychanalytique des années 1960, devenant un enjeu social et politique. Les troubles de la parentalité représentent un problème majeur de santé publique. Pour certains, « ce serait une des principales problématiques auxquelles sont confrontées les sociétés actuelles, le rôle le plus important auquel doivent faire face de nombreuses personnes sans le moindre soutien ni la moindre préparation » (Hoghughi, 1998 (339) ; Poole, 2003 (318), *in* Lamboy (12)). Se pose alors la question suivante : « Peut-on évaluer la capacité à être parent ? ». Plus encore, qu'en est-il de la compétence parentale quand un des parents est atteint de trouble mental : accompagnement ou aide ? étayage ou substitution ? garde à temps partiel ou temps plein ? quelle aide pour préserver accès à la parentalité ? (318)

Derrière la mise en place de ces « programmes de soutien » à la parentalité, se trouve la dimension éthique, voire quasi philosophique, de la prévention précoce. Neyrand (2002) s'interroge ainsi : « qu'est-ce que le trouble relationnel ? ». Promouvoir ou encourager un cadre relationnel « optimal » pour le bébé semble suggérer qu'il existerait une « bonne » famille, une parentalité « adéquate » avec les risques de « normalisation » de la relation idéale. Il situe donc la prévention primaire au carrefour d'une visée éthique – moins caractéristique d'une position médicale (centrée sur le soin) que d'une position humaniste (centrée sur la personne) –, d'une visée politique (l'objectif de bien-être des populations renvoie à l'amélioration de leurs conditions de vie), et d'une visée scientifique (utilisation des acquis des sciences humaines sur l'importance du relationnel dans les processus de subjectivation et le développement de l'enfant : en particulier, la relation parentale). La prévention secondaire, celle de la logique médicale, du soin, met en lumière l'opposition entre les tenants d'une psychiatrie neurologique ou « médicamenteuse » et les tenants d'une conception plus psychique ou étiologique. Pour Neyrand, les manifestations psychiques du bébé peuvent plus difficilement se dissocier de leur dimension relationnelle, et leur prise en charge semble indissociable d'une « clinique de la relation ». Pour lui, tout se passe comme si « toute démarche de prévention secondaire pour le parent se constitue en prévention primaire pour le bébé » (340).

Boucher (2012) s'interroge de son côté quant à la pertinence de cette multiplicité d'actions à l'adresse des parents. Il avance qu'avec le concept d'« empowerment » ou « capacitation » (défini comme une aide au développement de la « fonction parentale » (17)), le risque est celui d'une dérive vers une approche « sécuritaire » du soutien à la parentalité qui finit par s'intégrer dans une mission de « protection » de la société par rapport à la délinquance juvénile. Les parents étant alors considérés comme défailants voire déviants : apparaît alors une logique de l'action, celle du jugement moral et de la « rééducation » des parents. Il met en avant le point de vue de certains acteurs socio-éducatifs qui refusent une logique de « psychologisation » ou de « psychiatrisation » des difficultés éducatives au profit d'une lecture socio-économique de ces dysfonctionnements. Ainsi, dans une démarche éthique, il questionne les démarches de valorisation/émancipation versus responsabilisation/moralisation avec l'étude du problème du soutien à la parentalité dans des familles issues des « classes populaires » (341).

Dans la même mouvance, Besson et al. (2004) remettent en cause la pertinence d'une observation « isolée » des interactions parent-enfant comme support de l'« évaluation » de la qualité des relations de la dyade (ou triade), c'est-à-dire de la capacité des parents à exercer leur parentalité. Ils soulignent en effet la possibilité d'erreur si l'on déduit les compétences parentales à partir du comportement de l'enfant sans prendre en compte les remaniements psychiques anténataux (reviviscence des premiers liens de la future mère à sa propre mère, inscription de l'enfant dans

l'histoire transgénérationnelle). Ils interrogent alors la place de l'intervention d'un tiers, et les risques qu'une telle médiation comporte en termes de « confiscation » de la parentalité. Ils insistent enfin sur l'importance du maintien de « l'illusion qu'une parentalité est possible, même partielle ». Pour eux, l'accompagnement à la parentalité doit tendre à « permettre de ne pas confisquer à l'enfant sa place, ses origines, son arbre généalogique, donc son identité » (342).

Feldman développe ainsi le concept de la « parentalité suffisamment bonne » qui « renvoie à ce que le bébé a besoin de trouver au minimum dans son environnement une sécurité, « un sentiment continu d'exister » par des soins physiologiques, affectifs, prodigués par le parent, pour lui permettre de se développer au mieux et d'explorer le monde » (343).

Dans un article consacré à la négligence parentale, Garret-Gloane et al. (2012) décrivent la « problématique du lien » au cœur de la prise en charge de ces familles, soulignant la grande méfiance observée à l'égard des professionnels du secteur. Se pose alors la question de l'intervention précoce, en anténatal, avec la confrontation aux autres professionnels (maternité notamment) : est-on autorisé à « prédire » en attachant la famille à son passé ? Quelle place pour la prévention sans s'égarer vers un dépistage basé sur des critères pseudo-prédictifs ? Elles plaident alors en faveur d'une appréhension globale de la famille et de l'engagement d'un dialogue constructif avec les parents. Les auteurs mettent par ailleurs en lumière la question fondamentale de la temporalité, qui s'avère être différente pour le bébé, ses parents et les institutions. Elles interrogent la possibilité d'un regard éthique sur le bébé mais aussi sur ses parents : « comment les faire se croiser ? », « Comment assister en spectateur aux effets de la pathologie parentale sur l'enfant sans intervenir au nom du respect de la position parentale ? » (344) Elles proposent finalement de s'appuyer sur les principes énoncés par un groupe de travail québécois (CLIPP), à savoir le « principe de prépondérance des besoins de l'enfant et le principe de nécessité de soutien parental ».

5. 2. 2. 2. Vécu des professionnels : de la nécessité du travail en réseau

Pour aborder ces différents points de réflexion, nous nous sommes intéressés au vécu des intervenants auprès de ces familles, notamment via une étude publiée par Laporte (2007) (345). Il s'agit d'une enquête réalisée auprès de travailleurs sociaux et infirmiers du Centre jeunesse de Montréal, institut universitaire dans lequel 39 % des enfants suivis ont au moins un parent avec trouble mental. Parmi les parents reconnus comme ayant un problème de santé mentale (100 mères et 30 pères), 48 % des mères et 30 % des pères avaient un diagnostic de trouble de la personnalité ou de traits de personnalité indiqués au dossier. Dans la majorité des cas (64,1 % des mères et 44 % des pères), on précisait qu'il s'agissait d'un trouble grave de la personnalité de type *borderline*. Dans le vaste champ de la santé mentale, le trouble de personnalité *borderline* préoccupait tout particulièrement les intervenants des centres. Les travailleurs sociaux, les psychoéducateurs et les

infirmiers qui ont participé ont mentionné être particulièrement démunis face à ces familles, dans lesquelles « les problèmes semblent aller « dans tous les sens » ». Ils regrettaient ne pas avoir eu l'occasion d'acquérir un « savoir », un « savoir-faire » et un « savoir-être » spécifiques à cette problématique, certains rapportant en effet n'avoir jamais eu de formation en santé mentale ni lors de leurs études ni en cours d'emploi (Laporte et Blais, 2007, (346)). Cela rejoint là aussi l'indispensable développement de formations communes aux différents intervenants que nous avons évoqué précédemment. Cela va également dans le sens des difficultés décrites par Garret-Gloanec en France, qui regrette que les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ne soient pas forcément disponibles et trop peu formés à la clinique de la négligence et donc au repérage de ces modalités interactives si particulières. Concernant la place de chacun, un suivi éducatif est trop souvent mis en œuvre là où il faudrait un accompagnement par une infirmière puéricultrice (344).

D'un point de vue de leur ressenti, les intervenants ont exprimé vivre des sentiments de peur, d'anxiété, de colère, d'incompétence et de doute ; ils pouvaient dire avoir des tentations de punir le parent ou de le négliger ; avoir envie d'abandonner la famille à elle-même ou de la surinvestir ; désirer la « sauver » ; être désespéré devant les comportements autodestructeurs du parent ; vivre des sentiments d'échec et de culpabilité dans l'anxiété de « ne pas être assez », de « ne pas en faire assez » ; et aussi éprouver des difficultés au sein de l'équipe de travail à cause de la « zizanie » semée par le parent (347). Ces parents peuvent avoir un impact négatif sur la mobilisation des intervenants, et les réactions contre-transférentielles qu'ils suscitent peuvent entraver sérieusement le travail auprès de ces familles en faussant les perceptions des intervenants (348). Le Nestour (2007) insiste en ce sens sur le fait qu'il est nécessaire de donner valeur aux expériences des professionnels (317). « Il faut reconnaître et gérer avec eux leurs ressentis émotionnels parfois insupportables et douloureux : vécu d'affabulation, d'être abusé, d'être manipulé, d'être englué, d'être découragé, d'être impuissant, de se sentir isolé, d'être en rivalité... ». Il s'agit ici de l'impact de la pathologie du lien intrafamilial sur le lien aux professionnels et donc sur les relations entre professionnels et fonctionnement institutionnel, décrit par Feldman (343).

Le Nestour (2007) met en garde contre « l'analogie interactive parents/bébé et parents/professionnels », alertant sur le fait qu'elle « infiltre la parentalité des troubles de personnalité limites ». Pour y pallier, Feldman propose de développer la coordination avec les autres services en développant des accompagnements psycho-socio-éducatifs avec la « nécessité absolue de donner du soin aux liens ». L'objectif est ici d'assurer une continuité relationnelle et soignante.

Dans l'enquête de Laporte, les intervenants ont souligné en outre la difficulté qu'ils rencontraient parfois pour concilier leur mandat de protection de l'enfant et celui du respect de la primauté de la responsabilité parentale.

Concernant la question de la temporalité, Laporte observe que le travail nécessairement patient et progressif à réaliser avec ces parents ne correspond pas toujours aux considérations des intervenants quant aux besoins développementaux de l'enfant, voire même que cela est souvent contraire aux demandes qui leurs sont faites dans leur « gestion de cas » (349), pointant ici les doubles contraintes et les objectifs différents en termes de temporalité auxquels ils sont soumis.

Enfin, Laporte plaide pour qu'une concertation avec le milieu de la psychiatrie adulte soit mise en place. Pour elle, seul un travail de collaboration entre le milieu de la protection de la jeunesse et celui des services en santé mentale permettra d'offrir à ces familles ce dont elles ont besoin. Ainsi, la responsabilité du plan d'intervention et des modalités de traitement serait partagée, et la lecture de la situation, multidisciplinaire. C'est également la conclusion du Royal College of Psychiatrists (2011), qui plaide pour un rapprochement entre les services, un meilleur partage de l'information avec comme objectif principal la protection et le bien-être de l'enfant (279). Les services offerts aux familles au sein du centre jeunesse doivent être mieux adaptés à leurs problèmes de santé mentale et dispensés en harmonie avec les meilleures pratiques. De la même façon, la psychiatrie adulte doit s'adapter afin d'accorder les exigences du traitement du trouble de la personnalité à celles du rôle parental. On peut ajouter à cela la nécessité d'aider les structures accompagnant les familles en difficulté (comme les PMI en France) à repérer les déterminants sociaux et cliniques de gravité devant conduire à une orientation vers la pédopsychiatrie de secteur (344).

Pour Dugnat (2002), il est important de mener une réflexion en lien avec les politiques de santé (plan périnatalité...) mais aussi les politiques publiques menées par les municipalités (places en crèche par exemple), dans la mesure où la mise en œuvre de ces interventions complexes et multidimensionnelles confronte les différentes institutions (en France : service de santé mentale, PMI, ASE, justice...) à leurs limites et à leurs difficultés à travailler ensemble. Une volonté politique forte serait nécessaire pour le développement de telles actions de prévention, sous-tendue par la prise en compte du bébé « psychique » dans les premiers mois de vie (314).

Conclusion

Le TPB impacte fortement l'émergence des processus de parentalité et la mise en place des interactions précoces. La dysrégulation émotionnelle, l'impulsivité mais aussi la peur de l'abandon perturbent les relations interpersonnelles des femmes présentant un TPB. Leurs relations avec leurs enfants sont fréquemment marquées par une moindre sensibilité, une intrusivité, voire de l'hostilité. De manière générale, leurs comportements, souvent imprévisibles et instables dans le temps, sont pourvoyeurs d'un ajustement émaillé de ruptures vis-à-vis des besoins affectifs du bébé.

Comme nous l'avons vu, des interactions précoces de mauvaise qualité peuvent conduire à la mise en place de patterns d'attachement pathologique chez l'enfant et sont un facteur de risque pour le développement de troubles psychopathologiques ultérieurs.

Les travaux sur l'attachement rejoignent les hypothèses étiopathogéniques du développement du TPB. Ainsi, la rencontre de la vulnérabilité biologique de l'enfant (sensibilité au stress par exemple) et d'un environnement défavorable (interactions précoces pathologiques du fait de la maladie maternelle) serait à l'origine d'une part potentielle de la transmission d'un attachement insécuré et parfois du TPB lui-même. Les mécanismes physiopsychopathologiques à l'œuvre ne sont encore que partiellement connus, mais il apparaît actuellement assez clairement qu'ils sont probablement au moins partiellement sous-tendus par des phénomènes épigénétiques. Par ailleurs, au-delà du risque de développer une maladie mentale, les enfants de mères souffrant d'un TPB sont susceptibles de développer eux-mêmes un trouble de la parentalité : il y a alors également transmission intergénérationnelle de la vulnérabilité psychique.

La capacité à se représenter ses propres émotions ou celles des autres est à la fois le garant d'une meilleure régulation émotionnelle et de relations interpersonnelles de qualité, mais aussi d'une plus grande sensibilité dans les interactions et donc d'un meilleur *parenting*. L'un des maillons psychopathologiques impliqués dans la transmission de cette vulnérabilité est la capacité de mentalisation, ou « fonction réflexive ». Celle-ci est souvent altérée chez les patientes souffrant d'un TPB.

Les interventions de soutien des interactions spécifiquement développées à l'adresse de ces dyades sont peu nombreuses et peu évaluées, mais quels que soient leurs supports théoriques (psychanalytique, attachementiste...), l'amélioration de la fonction réflexive parentale doit être la cible thérapeutique principale.

Il est important de souligner la place centrale de l'environnement et de l'entourage familial. En effet, aux côtés de la mère, il est primordial de soutenir le conjoint ou encore la famille élargie qui

pourront à la fois accompagner la mère dans sa pratique parentale, mais également devenir des figures d'attachement secondaires pour l'enfant. De nombreux auteurs plaident pour une approche centrée sur la triade père-mère-bébé dans l'étude des interactions précoces et de leurs impacts sur l'enfant. Dans le cadre du TPB, l'instabilité des relations affectives maternelles conduit malheureusement fréquemment à l'absence du père dans le quotidien de l'enfant, mais il est important d'intégrer ce dernier à toute démarche de soins, ainsi qu'aux futurs travaux de recherche.

En effet, l'un des objectifs de la prise en charge globale de ces femmes et de leurs enfants sera la constitution d'un véritable réseau de soutien, familial mais aussi professionnel. Du côté des professionnels, ce travail passe par la reconnaissance des spécificités de chacun et par des actions de formation. Les acteurs du champ psychiatrique périnatal se doivent d'être au fait de la législation et du fonctionnement des services de protection de l'enfance. Les travailleurs sociaux, quant à eux, devraient être mieux formés et accompagnés dans le repérage des troubles psychiques parentaux et de leurs impacts sur les pratiques parentales, afin de pouvoir adresser ces dyades vers les services spécialisés, et ce le plus précocement possible. En effet, la demande de soins n'existe pas souvent chez ces familles au fonctionnement mental entravé par la non-élaboration de traumatismes répétés depuis l'enfance et où les mécanismes de clivage, déni et projection peuvent être un obstacle à la relation thérapeutique. Les patientes évoquent par ailleurs la crainte d'un placement en cas d'intervention des services sociaux.

Pour conclure ce travail, nous souhaitons rebondir sur le concept de « parentalité partielle » proposé par Houzel (1999). Selon lui, la parentalité se décline en trois axes (exercice, expérience et pratique) que nous avons définis dans notre première partie. Les liens de l'enfant à ses parents constituent la base de la construction de sa personnalité et apparaissent donc essentiels à son développement. Houzel propose donc que ces parents dans l'incapacité d'exercer les trois fonctions, y soient maintenus en partie, afin de ne pas exposer l'enfant aux effets délétères de la rupture complète. Il précise que s'il doit y avoir placement ou séparation définitive, cette approche permet une préparation et une anticipation qui visent à en atténuer les effets. L'aspect partiel peut correspondre à un découpage temporel : l'enfant peut rencontrer son parent de manière ponctuelle et dans un temps limité, ou dimensionnel en fonction de l'axe qui sera préservé (par exemple, un parent peut détenir l'exercice de la parentalité sans pouvoir répondre à la pratique). Toutes les combinaisons sont envisageables, entre découpage temporel et dimensionnel, permettant ainsi aux professionnels de s'adapter à la complexité de chaque situation.

Il nous semble que cette approche est tout à fait pertinente pour les mères avec TPB et leurs enfants. Dans ce travail, nous avons en effet montré comment la pathologie affecte l'expérience et la pratique de la parentalité chez ces femmes, et les risques qui en découlent pour l'enfant.

Il serait intéressant de développer les pratiques de certaines unités spécialisées telles que décrites par Jardin & Rebillaud (2006), ou encore Garret-Gloanec & Pernet (2012), qui proposent des accompagnements rapprochés de dyades vulnérables. S'appuyant sur la notion de parentalité partielle, les auteurs proposent une large gamme d'interventions (psychothérapie individuelle, psychothérapie mère-bébé, placement familial temporaire, accueil temporaire...) mais aussi d'intervenants (psychiatre, pédopsychiatre, travailleurs sociaux...) et de structures (hôpital de jour, équipe mobile, crèche, foyers maternels, PMI...), dans l'objectif de prendre en compte la souffrance du bébé (et de l'enfant) réel, mais aussi de soutenir l'accès à la parentalité de ces mères (et de ces pères).

Bibliographie

1. STINSON F.S., DAWSON D.A., GOLDSTEIN R.B., CHOU S.P., HUANG B., SMITH S.M. et al., *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*. J Clin Psychiatry. juill 2008 ; 69(7) : 1033–45.
2. TRULL T.J., JAHNG S., TOMKO R.L., WOOD P.K., SHER K.J., *Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders*. J Personal Disord. août 2010 ; 24(4) : 412–26.
3. MACFIE J., SWAN S.A., *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*. Dev Psychopathol. 2009 ; 21(3) : 993–1011.
4. ROUILLON L., CAILHOL L., RAYNAUD J.-P., HAZANE F., CARPENTIER L., GARRIDO C., *Les mères borderline : comprendre et soutenir les interactions avec leur(s) enfant(s)*. Inf Psychiatr. 2012 ; 88(3) : 187.
5. SUTTER-DALLAY A.-L., GUEDENEY N., *Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-B-20, 2010.
6. ESQUIROL E., *Traité des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal*, 1838.
7. MARCE L.V., *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, Paris, L'Harmattan, 2002.
8. SUTTER A.L., BOURGEOIS M., *Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale*. Paris, PUF, 1996.
9. MURRAY L., COOPER P.J., STEIN A., *Postnatal depression and infant development*. BMJ 1991; 302:978-9.
10. BENEDEK T., *Parenthood as a developmental phase*, Journal of the American Psychoanalytic Association, 1959 ; 7.
11. RACAMIER P.-C., « La mère et l'enfant dans les psychoses post-partum », in *L'évolution psychiatrique*, 1961 ; 26 (4) : 525-570.
12. LAMBOY Béatrice, « Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept », in *Devenir* 2009/1 (Vol. 21), p. 31-60.
13. BOUREGBA A., *Les troubles de la parentalité – Approche clinique et socio-éducative*, Dunod, Paris, 2004.
14. LAMOUR M., BARRACO M., *Souffrance autour du berceau*, Gaëtan Morin, Paris, 1998.
15. MARTY François, « La parentalité : un nouveau concept pour quelles réalités ?, la place du père », *Le Carnet PSY* 2003/4 (n° 81), p. 27-33.
16. STOLERU, S. (2000). « La parentalité », in *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, pp. 491-492, Paris, PUF.

17. BOISSON M., VERJUS A. : « La parentalité, une action de citoyenneté. Une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale (1993-2004) », *Dossier d'étude CAF n° 62*, 2004.
18. BARREYRE J.-Y. et coll., *Dictionnaire critique d'action sociale*, Paris, Bayard, 1995.
19. MARTIN C., *La parentalité en question. Perspectives sociologiques*, Rapport pour le haut Conseil de la Population et de la Famille, Rennes, 2004.
20. HOUZEL D. (sous la direction de), *Les enjeux de la parentalité*, Toulouse, Érès, 1999.
21. BROWN G.W., HARRIS T., *Disease, distress and depression. A comment.* J Affect Disord. mars 1982 ; 4(1) : 1-8.
22. ITARD J., *Mémoire et Rapport sur Victor de l'Aveyron (1801 et 1806)*.
23. PFAUNDLER, *Physiologie des Neugeborenen*, in Albert Döderlein's « *Handbuch für Geburtshilfe* ». Volume 1, Munich and Wiesbaden, 1915 ; 2nd edition, 1924.
24. LACAN J., *Écrit.* Paris, Seuil, 1966.
25. FREUD S., *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1962.
26. SPITZ R.A., *Anaclitic depression. The psychoanalytic study of the child*, 1946.
27. KLEIN M., *La psychanalyse de l'enfant*. Paris, PUF, 1998.
28. WINNICOTT, D. W., « La préoccupation maternelle primaire » in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1958, trad. fr. J. Kalmanovitch, ed. 1969, Paris, Payot, 285-291.
29. STERN D.N. (Trad. française : *La Constellation maternelle*. Paris, Calman-Lévy ; 1997), New York: Basic Books; 1995.
30. TREVARTHEN C., AITKEN K.J., *Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications.* J Child Psychol Psychiatry. janv. 2001 ; 42(1) : 3-48.
31. GUEDENEY A., RABOUAM C., MORALES-HUET M., *Développement précoce.*
<http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/datatraitesspps37-28845> [Internet].
[cité 30 janv 2016] ; Disponible sur :
<http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/20741/resultatrecherche/1>
32. GUEDENEY A., *Petite enfance et psychopathologie*. Elsevier Masson, 2014. (Les âges de la vie).
33. VAIVRE-DOURET L., *Le développement du bébé de la conception jusqu'à 18 mois – La qualité de vie du nouveau-né. Corps et dynamique développementale*, Paris, Odile Jacob, 2003. 17-104.
34. GOLSE B., *Le bébé, son corps et sa psyché. Psychiatrie du bébé, attachement, psychanalyse et psychiatrie périnatale*, L'être bébé, Paris, PUF, 2006. 1-43.
35. BRAZELTON T.-B., NUGENT J., *L'administration standard de l'échelle de Brazelton*, (NBAS) Echelle de Brazelton. Evaluation du comportement néonatal, Genève : Médecine et Hygiène, 2001. 9-48.
36. ALVAREZ L, BEAUQUIER-MACCOTTA B, GOLSE B., *Approche clinique du bébé en pédopsychiatrie.*
<http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/datatraitesspps37-45980> [Internet].

23 nov 2011 [cité 30 janv 2016] ; Disponible sur:
<http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/673542/resultatrecherche/1>

37. SUTTER, A.-L., GLATIGNY-DALLAY, E., SAMMUT S., *Attachement et mères en souffrance*, Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2004, 32, 9, 721-724.
38. LEOVICI, S., STOLERU, S., *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*, Paris, Le Centurion, 1983.
39. TRONICK E. Z., COHN J. F., *Infant–mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination*. Child Development, 60, 1989, 85-92.
40. LECLERE C., VIAUX S., AVRIL M., ACHARD C., CHETOUANI M., MISSONNIER S., et al., *Why synchrony matters during mother-child interactions: a systematic review*. PloS One. 2014;9(12):e113571.
41. FELDMAN R., *Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; Physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions*. J Child Psychol Psychiatry. mars 2007;48(3–4):329–54.
42. AINSWORTH M.D.S., BLEHAR M.C., WATERS E., WALL S., *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, 1978.
43. DE ROTEN Y, FIVAZ-DEPEURSINGE E., *Un guide pour l'évaluation du dialogue adulte-nourrisson (GEDAN)*. Psychiat Enf, 1992 ; 35 : 157-195.
44. MAZET P., CUKIER F., CONQUY L., LATOCH J., ROSENBLUM O., *Présentation des grilles de Bobigny Claude-Bernard*. In : MAZET P., LEOVICI S., *Les mères déprimées et leur bébé*, Paris, PUF, 1999.
45. CRITTENDEN P.M., *Maltreated infants: vulnerability and resilience*. J Child Psychol Psychiatry 1985 ; 26 : 85-96.
46. CRITTENDEN P.M., *CARE-Index : Revised Coding Manual*. Unpublished manuscript, available from the author, 1998.
47. DE AGNESE FIORI-COWLEY Manuel, MURRAY Lynne et GUNNING Melanie, *Global Ratings for Mothers-Infant Interactions at two and four months*, 2nd edition, Winnicott Research Unit, University of Reading, Department of Psychology, 3 Early Gate, Reading, RG6 6AL, UK.
48. TRONICK E., ALS H., ADAMSON L., WISE S., BRAZELTON T.B., *The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction*. J Am Acad Child Psychiatry. 1978;17(1):1–13.
49. WEINBERG M.K., TRONICK E.Z., *Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the still-face*. Child Dev. juin 1996;67(3):905–14.
50. GUEDENEY N., GUEDENEY A., *L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée*, Masson, 2009 (Les âges de la vie).
51. BOWLBY, J., *Vol. 1: L'attachement*, 1969, in *Attachement et perte*, Paris, PUF, 1978.
52. BRITNER, P.A., MARVIN R., Pianta R.C., *Development and preliminary validation of the caregiving behavior system : Association with child attachment classification in the preschool strange situation*. Attachment & human Development, 7, 83-102. 2005.

53. GEORGE C., SALOMON J., *Representational models of relationships, links between caregiving and attachment*. *Infant Mental Health Journal*, 17, 198-216. 1996.
54. BOWLBY, J., Vol. 2 : *La séparation, angoisse et colère*, 1973, in *Attachement et perte*, Paris, PUF, 1978.
55. LYONS-RUTH, K., & SPIELMAN, E., *Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting : Integrating attachment research in clinical intervention*. *Infant Mental Health Journal*, 25, 318-335. 2004.
56. MARVIN R., BRITNER, P.A., *Normative development. The ontogeny of attachment*. In CASSIDY J. & SHAVER P.R. (Eds.), *Handbook of attachment : theory, research and clinical applications* (pp 44-67). New York : Guilford press. 1999.
57. FONAGY, P., GERGELY, G., JURST, M. et al., *Affect regulation, mentalisation and the development of the self*. Other Press. New York; 2002.
58. FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., LEIGH, T., KENNEDY, R., MATTOON, G., TARGET, M. (1995). *Attachment, the reflective self, and borderline states*. In GODBERG, MUIR, KERR (eds), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*, New York, The Analytic Press, 233-277.
59. BRETHERTHON, I., MC NEW, S. & BEEGHLY-SMITH, M., Early person knowledge as expressed in verbal and gestural communication: When do infants acquire a « theory of mind ». In LAMB M.E. & SHERROD L.R. (Eds.), *Infant social cognition*. Earlbaum. Hillsdale; 1981.
60. ALLEN J.G., FONAGY P., & BATEMAN A.W., *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2008.
61. MEINS E., FERNYHOUGH C., FRADEL E. et al., Rethinking Maternal Sensitivity : Mother's Comments on Infants' Mental Processes Predict Security of Attachment at 12 months. *Child Psychology Psychiatry*, 42, 637-648. 2001.
62. AINSWORTH, M. D., BELL, S. M., & STAYTOON, D. J. Individual differences in strange situation behavior of one year olds. 1971.
63. BOWLBY, J., Vol. 3 : *La perte*, 1980, in *Attachement et perte*, Paris, PUF, 1978.
64. VAN IJZENDOORN M.H., SCHUENGEL C., BAKERMANS-KRANENBURG M.J., *Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae*. *Dev Psychopathol.* 1999;11(2):225-49.
65. SCHORE, A.N., *Affect Regulation and the Origin of the Self : The neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale: Erlbaum; 1994.
66. MURRAY L., ANDREWS L. *The social baby*. Richmond : The Children's Project, 2000.
67. FELDMAN R., GREENBAUM C.W., YIRMIYA N., *Mother-infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self control*. *Developmental Psychology* 35, 223-231, 1999.
68. SCHORE, A.N., *Attachment and the regulation of the right brain*, 2000. (*Attachement and Human development* 2).

69. SAITO Y., AOYAMA S., KONDO T., FUKUMOTO R., KONISHI N., NAKAMURA K., et al., *Frontal cerebral blood flow change associated with infant-directed speech*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. mars 2007 ; 92(2) : F113-116.
70. HANE A.A., HENDERSON H.A., REEB-SUTHERLAND B.C., FOX N.A., *Ordinary variations in human maternal caregiving in infancy and biobehavioral development in early childhood: A follow-up study*. Dev Psychobiol. sept. 2010 ; 52(6):558–67.
71. DAVIDSON R.J., *Asymmetric brain function, affective style, and psychopathology: The role of early experience and plasticity*. Development and Psychopathology, 6, 1994, 741–758.
72. FOX N.A., RUBIN K.H., CALKINS S.D., MARSHALL T.R., COPLAN R.J., PORGES S.W., LONG J., & STEWART S., *Frontal activation asymmetry and social competence at four years of age*. Child Development, 66, 1995, 1770–1784.
73. MCMANIS M.H., KAGAN J., SNIDMAN N.C., WOODWARD S.A., *EEG asymmetry, power, and temperament in children*. Dev Psychobiol. sept. 2002;41(2):169–77.
74. DAVIDSON, R.J., *Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity*. American Psychologist, 55, 2000, 1196–1214.
75. SHEMMINGS David, SHEMMINGS Yvonne, *Understanding disorganized attachment*, JKP, 2011.
76. ADER R. and COHEN M., *Psychoneuroimmunology: Conditioning and stress*. Annual Review of Psychology 44, 53-85. 1993.
77. NEWMAN L.K., HARRIS M., ALLEN J., *Neurobiological basis of parenting disturbance*. Aust N Z J Psychiatry. févr 2011 ; 45(2):109–22.
78. AFONSO V.M., SISON M., LOVIC V., FLEMING A.S., *Medial prefrontal cortex lesions in the female rat affect sexual and maternal behavior and their sequential organization*. Behav Neurosci. juin 2007 ; 121(3):515–26.
79. NUMAN M., NUMAN M.J., SCHWARZ J.M., NEUNER C.M., FLOOD T.F., SMITH C.D., *Medial preoptic area interactions with the nucleus accumbens-ventral pallidum circuit and maternal behavior in rats*. Behav Brain Res. 7 mars 2005 ; 158(1):53–68.
80. NUMAN M., STOLZENBERG D.S., *Medial preoptic area interactions with dopamine neural systems in the control of the onset and maintenance of maternal behavior in rats*. Front Neuroendocrinol. janv. 2009 ; 30(1):46–64.
81. COHN J., GERALL A.A., *Pre- and postpuberal medial preoptic area lesions and maternal behavior in the rat*. Physiol Behav. août 1989 ; 46(2):333–6.
82. OXLEY G., FLEMING A.S., *The effects of medial preoptic area and amygdala lesions on maternal behavior in the juvenile rat*. Dev Psychobiol. déc. 2000;37(4):253–65.
83. SWAIN J.E., LORBERBAUM J.P., KOSE S., STRATHEARN L., *Brain basis of early parent-infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies*. J Child Psychol Psychiatry. avr. 2007 ; 48(3–4) : 262–87.
84. DECETY J., GREZES J., *The power of simulation: imagining one's own and other's behavior*. Brain Res. 24 mars 2006 ; 1079(1):4–14.

85. LENZI D., TRENTINI C., PANTANO P., MACALUSO E., IACOBONI M., LENZI G.L., et al., *Neural basis of maternal communication and emotional expression processing during infant preverbal stage*. Cereb Cortex N Y N 1991. mai 2009 ; 19(5) : 1124–33.
86. CARR L., IACOBONI M., DUBEAU M.-C., MAZZIOTTA J.C., LENZI G.L., *Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas*. Proc Natl Acad Sci U S A. 29 avr 2003 ; 100(9) : 5497–502.
87. KAPLAN J.T., IACOBONI M., *Getting a grip on other minds: mirror neurons, intention understanding, and cognitive empathy*. Soc Neurosci. 2006;1(3–4):175–83.
88. FRIES A.B.W., ZIEGLER T.E., KURIAN J.R., JACORIS S., POLLAK S.D., *Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior*. Proc Natl Acad Sci U S A. 22 nov 2005 ; 102(47) : 17237–40.
89. WILLIAMS J.R., INSEL T.R., HARBAUGH C.R, CARTER C.S., *Oxytocin administered centrally facilitates formation of a partner preference in female prairie voles (Microtus ochrogaster)*. J Neuroendocrinol. juin 1994 ; 6(3) : 247–50.
90. WITT D.M., CARTER C.S., WALTON D.M., *Central and peripheral effects of oxytocin administration in prairie voles (Microtus ochrogaster)*. Pharmacol Biochem Behav. sept 1990;37(1):63–9.
91. INSEL T.R., WINSLOW J.T., *Central administration of oxytocin modulates the infant rat's response to social isolation*. Eur J Pharmacol. 2 oct 1991 ; 203(1) : 149–52.
92. POPIK P., VOS P.E., VAN REE J.M., *Neurohypophyseal hormone receptors in the septum are implicated in social recognition in the rat*. Behav Pharmacol. août 1992;3(4):351–8.
93. CAMPBELL A. *Attachment, aggression and affiliation: the role of oxytocin in female social behavior*. Biol Psychol. janv. 2008 ; 77(1):1–10.
94. TAKAGI T., TANIZAWA O., OTSUKI Y., SUGITA N., HARUTA M., YAMAJI K., *Oxytocin in the cerebrospinal fluid and plasma of pregnant and nonpregnant subjects*. Horm Metab Res Horm Stoffwechselforschung Horm Métabolisme. juin 1985;17(6):308–10.
95. BARTELS A., ZEKI S., *The neural correlates of maternal and romantic love*. NeuroImage. mars 2004 ; 21(3):1155–66.
96. UVNÄS-MOBERG K., WIDSTRÖM A.M., WERNER S., MATTHIESEN A.S., WINBERG J., *Oxytocin and prolactin levels in breast-feeding women. Correlation with milk yield and duration of breast-feeding*. Acta Obstet Gynecol Scand. 1990 ; 69(4) : 301–6.
97. GUNNAR M.R., *Quality of early care and buffering of neuroendocrine stress reactions: potential effects on the developing human brain*. Prev Med. avr. 1998 ; 27(2) : 208–11.
98. GUNNAR M.R., *Attachment and stress in early development. Does attachment add to the potency of social regulators of infant stress*. 2003.
99. LEDOUX J.E., *Emotion, memory and the brain*. Sci Am. juin 1994 ; 270(6) : 50–7.
100. SAPOLSKY R.M., UNO H., REBERT C.S., FINCH C.E., *Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates*. J Neurosci Off J Soc Neurosci. sept. 1990 ; 10(9) : 2897–902.

101. TEICHER M.H., ANDERSEN S.L., POLCARI A., ANDERSON C.M., NAVALTA C.P., *Developmental neurobiology of childhood stress and trauma*. Psychiatr Clin North Am. juin 2002 ; 25(2):397–426, vii–viii.
102. TEICHER M.H., DUMONT N.L., ITO Y., VAITUZIS C., GIEDD J.N., ANDERSEN S.L., *Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area*. Biol Psychiatry. 15 juill 2004 ; 56(2) : 80–5.
103. GERVAI J., NOVAK A., LAKATOS K., TOTTH I., DANIS I., RONAI Z. et al., *Infant genotype may moderate sensitivity to maternal affective communications: attachment disorganization, quality of care, and the DRD4 polymorphism*. Soc Neurosci. 2007 ; 2(3–4) : 307–19.
104. SPANGLER G. & ZIMMERMANN P., *Genetic contribution to attachment disorganization and temperament*. 2007.
105. MAIN M., KAPLAN N., & CASSIDY J., *Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation*, 1985, In BRETHERTON I. & WATERS E. (Eds.), *Growing points of attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, 66–104.
106. MAIN M., & GOLDWYN R., *Adult attachment scoring and classification system*. Scoring manual. 1985.
107. FONAGY P., STEELE H., STEELE M., *Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age*. Child Dev. oct 1991;62(5):891–905.
108. FONAGY P., STEELE M., MORAN G., STEELE H., HIGGITT A., *Measuring the ghost in the nursery: an empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment*. J Am Psychoanal Assoc. 1993 ; 41(4) : 957–89.
109. FRAIBERG S., ADELSON E., SHAPIRO V., *Ghosts in the Nursery*. J Am Acad Child Psychiatry. 1^{er} juin 1975 ; 14(3) : 387–421.
110. VAN IJZENDOORN M.H., *Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview*. Psychol Bull. mai 1995 ; 117(3) : 387–403.
111. SLADE A., GRIENENBERGER J., BERNBACH E., LEVY D., LOCKER A., *Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study*. Attach Hum Dev. sept. 2005 ; 7(3) : 283–98.
112. RAVAL V., GOLDBERG S., ATKINSON L. et al., *Maternal attachment, maternal responsiveness and infant attachment*. Infant Behav Development. 2001 ; (24) : 281–304.
113. McELWAIN N.L., BOOTH-LAFORCE C., *Maternal sensitivity to infant distress and nondistress as predictors of infant-mother attachment security*. J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43. juin 2006 ; 20(2) : 247–55.
114. BERNIER A. & DOZIER M., *Bridging the attachment transmission gap : the role of maternal mind-mindedness*. International Journal of Behavioral Development. 2003 ; 355–65.

115. FONAGY P., TARGET M., Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Dev Psychopathol.* 1997 ; 9(4) : 679–700.
116. GRIENENBERGER J.F., KELLY K., SLADE A., *Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment.* *Attach Hum Dev.* sept. 2005 ; 7(3) : 299–311.
117. COWAN P.A, COWAN C.P., *Couple relationships: a missing link between adult attachment and children's outcomes.* *Attach Hum Dev.* 1 janv 2009 ; 11(1):1–4.
118. EIDEN R.D., TETI D.M., CORNS K.M., *Maternal working models of attachment, marital adjustment, and the parent-child relationship.* *Child Dev.* oct. 1995 ; 66(5) : 1504–18.
119. DICKSTEIN S., SEIFER R. & ALBUS K.E., *Maternal adult attachment representations across relationship domains and infant outcomes: The importance of family and couple functioning,* 2009. *Attachment & Human Development*, 11, 5–27.
120. VERHAGE M.L., SCHUENGEL C., MADIGAN S., FEARON R.M.P., OOSTERMAN M., CASSIBBA R. et al., *Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment.* *Psychol Bull.* avr. 2016 ; 142(4) : 337–66.
121. TARABULSY G.M., BERNIER A., PROVOST M.A., MARANDA J., LAROSE S., MOSS E. [...], TESSIER R., *Another look inside the gap: Ecological contributions to the transmission of attachment in a sample of adolescent mother-infant dyads,* 2005. *Developmental Psychology*, 41, 212–224.
122. BAKERMANS-KRANENBURG M.J., VAN IJENDOORN M.H., *Differential susceptibility to rearing environment depending on dopamine-related genes: new evidence and a meta-analysis.* *Dev Psychopathol.* févr. 2011 ; 23(1) : 39–52.
123. BAKERMANS-KRANENBURG M.J., VAN IJENDOORN M.H., *The hidden efficacy of interventions: gene×environment experiments from a differential susceptibility perspective.* *Annu Rev Psychol.* 3 janv 2015 ; 66 : 381–409.
124. GLUCK-VANLAER Nathalie, *Troubles de la personnalité,* EMC – AKOS (Traité de Médecine), 1998 ; 7(1) : 1-8 [Article 7-0180].
125. CLONINGER C.R., *A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal.* *Arch Gen Psychiatry.* juin 1987 ; 44(6) : 573–88.
126. ASSOCIATION AP, others, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)* [Internet]. American Psychiatric Pub; 2013 [cité 9 janv 2016]. Disponible sur: https://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=JivBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT18&dq=dsm+5&ots=cdSM22IHwe&sig=q7FDGq7kQGblznsQ7_XLdrPWce4
127. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (3rd ed), Washington DC, American Psychiatric Association, 1980.
128. ALILAIRE J., *Troubles limites et personnalité « border-line » : comment les reconnaître et les traiter ?* *Bull. Acad. Natle Méd.,* 2012, 196, n° 7, 1349-1360, séance du 16 octobre 2012.
129. HOBSON R.P., PATRICK M.P., VALENTINE J.D., *Objectivity in psychoanalytic judgements.* *Br J Psychiatry J Ment Sci.* août 1998 ; 173 : 172–7.

130. CHAINE F., GUELFY J.D., *États limite*. Encycl Med Chir, Paris, 1999.
131. GUELFY J.-D., CAILHOL L., ROBIN M., LAMAS C., *États limites et personnalité borderline*. EMC - Psychiatr. janv 2011 ; 8(1):1–14.
132. GUNDERSON J.G., *Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis*. Am J Psychiatry. mai 2009 ; 166(5):530–9.
133. GRINKER R.R., WERBLE B., DRYE R., *The Borderline syndrome*, New York: Basic Books, 1968.
134. KERNBERG O., *Borderline personality organization*. J Am Psychoanal Assoc. 1967 ; 15 : 641-685.
135. KERNBERG, O.F., *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press, 1984.
136. BERGERET J., *La dépression et les états-limites : points de vue théorique, clinique et thérapeutique* [Internet]. Paris, Payot; 1974. 354 p. Disponible sur : http://bsf.spp.asso.fr/index.php?lvl=notice_display&id=72121
137. WIDLOCHER D., *Les états-limites: discussion nosologique ou réflexion psychopathologique*. Perspect Psychiatr. 1979 ; 70:7–11.
138. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.
139. SKODOL A.E., GUNDERSON J.G., PFOHL B., WIDIGER T.A., LIVESLEY W.J., SIEVER L.J., *The borderline diagnosis I : psychopathology, comorbidity, and personality structure*. Biol Psychiatry. 15 juin 2002 ; 51(12) : 936–50.
140. CLARK L.A., LIVESLEY W.J., MOREY L., *Personality disorder assessment: The challenge of construct validity*, 1997. J Personal Disord 11 : 205–231.
141. GUNDERSON J.G., LINKS P.S., REICH J.L., *Competing models of personality disorders*, 1991. J Personal Disord 5 : 60–68.
142. LIVESLEY W.J., Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder, 1998. Can J Psychiatry 43 : 137–147.
143. OLDHAM J.M., SKODOL A.E., *Charting the future of Axis II*, 2000. J Personal Disord 14 : 17–29.
144. VERHEUL R., *Personality Disorder Proposal for DSM-5: A Heroic and Innovative but Nevertheless Fundamentally Flawed Attempt to Improve DSM-IV*. Clin Psychol Psychother. 1 sept 2012 ; 19(5) : 369–71.
145. KRUEGER R.F., *Continuity of Axes I And II: Toward a Unified Model of Personality, Personality Disorders, and Clinical Disorders*. J Personal Disord. juin 2005 ; 19(3):233–61.
146. LEMAITRE V., « Personnalité limite : quel accompagnement de la mère et du bébé ? », *Confrontation Psychiatrique* n° 50, Périnatalité, 2011.
147. CLARKIN J.F., POSNER M., *Defining the mechanisms of borderline personality disorder*. Psychopathology. avr 2005 ; 38(2):56–63.

148. GRATZ K.L., TULL M.T., BARUCH D.E., BORNOVALOVA M.A., LEJUEZ C.W., *Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: the roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation.* Compr Psychiatry. déc. 2008 ; 49(6) : 603–15.
149. HENRY C., MITROPOULOU V., NEW A.S., KOENIGSBERG H.W., SILVERMAN J., SIEVER L.J., *Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences,* J Psychiatr Res, 35 (2001), pp. 307–312.
150. KOENIGSBERG H.W., HARVEY P.D., MITROPOULOU V., SCHMEIDLER J., NEW A.S., GOODMAN M., et al. *Characterizing affective instability in borderline personality disorder,* Am J Psychiatry, 159 (2002), pp. 784–788.
151. LEVINE D., MARZIALI E., HOOD J., *Emotion processing in borderline personality disorder,* J Nerv Ment Dis, 185 (1997), pp. 240–246.
152. BECK A.T., FREEMAN A.M., *Cognitive Therapy of Personality Disorders,* 1990. New York: Guilford Press.
153. ZANARINI M.C., FRANKENBURG F.R., DELUCA C.J., HENNEN J., KHERA G.S., GUNDERSON J.G., *The pain of being borderline: Dysphoric states specific to borderline personality disorder,* 1998. Harv Rev Psychiatry 67:201–207.
154. LENZENWEGER M.F., *Epidemiology of personality disorders.* Psychiatr Clin North Am. sept. 2008 ; 31(3) : 395–403, vi.
155. PARIS J., BLACK D.W., *Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder: What is the Difference and Why Does it Matter?* J Nerv Ment Dis. janv. 2015 ; 203(1) : 3–7.
156. KESSLER R.C., MERIKANGAS K.R., *The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims.* Int J Methods Psychiatr Res. 2004 ; 13(2) : 60–8.
157. CORBITT E.M., WIDIGER T.A., *Sex differences among the personality disorders: An exploration of the data.* Clinical Psychology: Science & Practice. 1995 ; 2 : 225–238.
158. TORGERSEN S., KRINGLEN E., CRAMER V., *The prevalence of personality disorders in a community sample.* Arch Gen Psychiatry. juin 2001 ; 58(6) : 590–6.
159. TORGERSEN J., *Epidemiology.* In OLDHAM J., SKODOL A.E., BENDER D.S. (eds), *Textbook of personality disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005 : 129–41.
160. LEICHSENRING F., LEIBING E., KRUSE J., NEW A.S., LEWEKE F., *Borderline personality disorder.* Lancet Lond Engl. 1 janv 2011 ; 377(9759) : 74–84.
161. TYRER P., ALEXANDER M., CICHETTI D. et al., *Reliability of a schedule for rating personality disorders,* 1979. Br J Psychiatry 135 : 168–174.
162. TYRER P., *Quick personality assessment schedule: PAS-Q, 2000.* In : *Personality disorders: diagnosis, management and course,* 2nd ed. Arnold.
163. ZIMMERMAN M., CHELMINSKI I., YOUNG D., *The frequency of personality disorders in psychiatric patients.* Psychiatr Clin North Am. sept. 2008 ; 31(3) : 405–420, vi.

164. ZANARINI M.C., FRANKENBURG F.R., HENNEN J., REICH D.B., SILK K.R., *Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder*. Am J Psychiatry. mai 2006 ; 163(5) : 827–32.
165. GUNDERSON J.G., STOUT R.L., MCGLASHAN T.H., SHEA M.T., MOREY L.C., GRILO C.M., et al., *Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study*. Arch Gen Psychiatry. août 2011 ; 68(8) : 827–37.
166. SHEA M.T., STOUT R., GUNDERSON J., MOREY L.C., GRILO C.M., MCGLASHAN T. et al., *Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders*. Am J Psychiatry. déc. 2002 ; 159(12) : 2036–41.
167. SKODOL A.E., *Longitudinal course and outcome of personality disorders*. Psychiatr Clin North Am. sept. 2008 ; 31(3) : 495–503, VIII.
168. ZANARINI M.C., FRANKENBURG F.R., HENNEN J., REICH D.B., SILK K.R., *The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up*. J Personal Disord. oct 2005 ; 19(5) : 505–23.
169. OLDHAM J.M., *Borderline personality disorder and suicidality*. Am J Psychiatry. janv 2006 ; 163(1) : 20–6.
170. YEN S., SHEA M.T., PAGANO M., SANISLOW C.A., GRILO C.M., MCGLASHAN T.H., et al., *Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study*. J Abnorm Psychol. août 2003 ; 112(3) : 375–81.
171. GUNDERSON J.G., ELLIOTT G.R., *The interface between borderline personality disorder and affective disorder*. Am J Psychiatry. mars 1985 ; 142(3) : 277–88.
172. ROMERO-DAZA N., WEEKS M., SINGER M., « *Nobody gives a damn if I live or die* »: violence, drugs, and street-level prostitution in inner-city Hartford, Connecticut. Med Anthropol. sept. 2003 ; 22(3) : 233–59.
173. BORNOVALOVA M.A., GRATZ K.L., DAUGHTERS S.B., NICK B., DELANY-BRUMSEY A., LYNCH T.R. et al., *A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment*. J Psychiatr Res. juill. 2008 ; 42(9) : 717–26.
174. ZANARINI M.C., FRANKENBURG F.R., HENNEN J., REICH D.B., SILK K.R., *Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission*. Am J Psychiatry. nov. 2004 ; 161(11) : 2108–14.
175. WINNICOTT D.W., *La crainte de l'effondrement* (1975 b), Nouvelle Revue de Psychanalyse, 11, 35-44.
176. STERN A., *Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses*, 1938. Psychoanal Q 7 : 467–489.
177. KNIGHT R., *Borderline states*, 1953. Bull Menninger Clin 17:1– 12.
178. AGRAWAL H.R., GUNDERSON J., HOLMES B.M., LYONS-RUTH K., *Attachment studies with borderline patients: a review*. Harv Rev Psychiatry. avr 2004 ; 12(2) : 94–104.

179. FONAGY P., LEIGH T., STEELE M., STEELE H., KENNEDY R., MATTOON G., et al., *The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy*. J Consult Clin Psychol. 1996 ; 64(1) : 22–31.
180. GUEDENEY N. & A., *L'attachement : concepts et applications*, Masson, Paris, 2002.
181. GUNDERSON J.G., *The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability*. Am J Psychiatry. juin 1996 ; 153(6) : 752–8.
182. ZANARINI M.C., WILLIAMS A.A., LEWIS R.E., REICH R.B., VERA S.C., MARINO M.F., et al., *Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder*. Am J Psychiatry. août 1997 ; 154(8) : 1101–6.
183. FONAGY P., *Attachment and borderline personality disorder*. J Am Psychoanal Assoc. 2000 ; 48(4) : 1129-1146-1187.
184. Fonagy P., *Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities*. Int J Psychoanal. févr. 1995 ; 76 (Pt 1) : 39–44.
185. SKODOL A.E., SIEVER L.J., LIVESLEY W.J., GUNDERSON J.G., PFOHL B., WIDIGER T.A., *The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course*. Biol Psychiatry. 15 juin 2002 ; 51(12) : 951–63.
186. SIEVER L.J., TORGERSEN S., GUNDERSON J.G., LIVESLEY W.J., KENDLER K.S., *The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies*. Biol Psychiatry. 15 juin 2002 ; 51(12) : 964–8.
187. TORGERSEN S., CZAJKOWSKI N., JACOBSON K., REICHBORN-KJENNERUD T., RØYSAMB E., NEALE M.C. et al., *Dimensional representations of DSM-IV cluster B personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study*. Psychol Med. nov 2008 ; 38(11) : 1617–25.
188. TORGERSEN S., LYGREN S., OIEN P.A., SKRE I., ONSTAD S., EDVARSEN J. et al., *A twin study of personality disorders*. Compr Psychiatry. déc. 2000 ; 41(6) : 416–25.
189. NEW A.S., GOODMAN M., TRIEBWASSER J., SIEVER L.J., *Recent advances in the biological study of personality disorders*. Psychiatr Clin North Am. sept. 2008 ; 31(3) : 441–461, vii.
190. CLONINGER C.R., *Genetics*. In: J. OLDHAM J.M., SKODOL A.E., BENDER D.S. (eds), *Textbook of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005: 143–54.
191. COCCARO E.F., BERGEMAN C.S., MCCLEARN G.E., *Heritability of irritable impulsiveness: a study of twins reared together and apart*. Psychiatry Res. sept. 1993 ; 48(3) : 229–42.
192. ASBERG M., TRASKMAN L., THOREN P., *5-HIAA in the cerebrospinal fluid: A biochemical suicide predictor?*, 1976, Arch Gen Psychiatry 33 : 1193–1197.
193. BROWN G.L., EBERT M.H., GOYER P.F., JIMERSON D.C., KLEIN W.J., BUNNEY W.E. et al., *Aggression, suicide, and serotonin: Relationships to CSF amine metabolites*, 1982. Am J Psychiatry 139 : 741–746.
194. LINNOILA M., VIRKKUNEN M., SCHEININ M., NUUTILA A., RIMON R., GOODWIN F.K., *Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior*, 1983. Life Sci 33 : 2609–2614.

195. CASPI A., SUGDEN K., MOFFITT T.E., TAYLOR A., CRAIG I.W., HARRINGTON H. et al., *Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene*. Science. 18 juill 2003 ; 301(5631) : 386–9.
196. YEHUDA R., GILLER E.L., SOUTHWICK S.M., LOWY M.T., MASON J.W., *Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder*. Biol Psychiatry. 15 nov. 1991 ; 30(10) : 1031–48.
197. SIEVER L.J., NEW A.S., KIRrane R., NOVOTNY S., KOENIGSBERG H.W., GROSSMAN R., *New biological research strategies for personality disorders*, 1998. In: SILK K.R., editor, *Biology of Personality Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp:27–61.
198. HEIM C., NEWPORT D.J., BONsALL R., MILLER A.H., NEMEROFF C.B., *Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse*. Am J Psychiatry. avr. 2001 ; 158(4) : 575–81.
199. ZUCKERMAN M., BALLENGER J.C., JIMERSON D.C., MURPHY D.L., POST R.M., *A correlational test in humans of the biological models of sensation seeking, impulsivity, and anxiety*, 1983. In: ZUCKERMAN M, editor, *Biological Basis of Sensation Seeking, Impulsivity, and Anxiety*. Hillside, NJ: Erlbaum, pp 229–248.
200. SIEVER L.J., AMIN F., COCCARO E.F., BERNSTEIN D., KAVOUSSI R.J., KALUS O. et al., *Plasma homovanillic acid in schizotypal personality disorder*. Am J Psychiatry. sept. 1991 ; 148(9) : 1246–8.
201. SCHULZ S.C., CORNELIUS J., SCHULZ P.M., SOLOFF P.H., *The amphetamine challenge test in patients with borderline disorder*. Am J Psychiatry. juill. 1988 ; 145(7) : 809–14.
202. HERPERTZ S.C., BERTSCH K., *A New Perspective on the Pathophysiology of Borderline Personality Disorder: A Model of the Role of Oxytocin*. Am J Psychiatry. 1 sept. 2015 ; 172(9) : 840–51.
203. SCHMAHL C., BERNE K., KRAUSE A., KLEINDIENST N., VALERIUS G., VERMETTEN E. et al., *Hippocampus and amygdala volumes in patients with borderline personality disorder with or without posttraumatic stress disorder*. J Psychiatry Neurosci JPN. juill. 2009 ; 34(4) : 289–95.
204. BEAUCHAINE T.P., GATZKE-KOPP L., MEAD H.K., *Polyvagal Theory and developmental psychopathology: emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence*. Biol Psychol. févr. 2007 ; 74(2) : 174–84.
205. MINZENBERG M.J., FAN J., NEW A.S., TANG C.Y., SIEVER L.J., *Fronto-limbic dysfunction in response to facial emotion in borderline personality disorder: an event-related fMRI study*. Psychiatry Res. 15 août 2007 ; 155(3) : 231–43.
206. BEBLO T., DRIESSEN M., MERTENS M., WINGENFELD K., PIEFKE M., RULLKOETTER N., et al., *Functional MRI correlates of the recall of unresolved life events in borderline personality disorder*. Psychol Med. juin 2006 ; 36(6) : 845–56.
207. TESCHLER S., GOTTHARDT J., DAMMANN G., DAMMANN R.H., *Aberrant DNA Methylation of rDNA and PRIMA1 in Borderline Personality Disorder*. Int J Mol Sci. 2016 ; 17(1).
208. GUNDERSON J.G., LYONS-RUTH K., *BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model*. J Personal Disord. févr. 2008 ; 22(1) : 22–41.
209. BRÜNE M., *On the role of oxytocin in borderline personality disorder*. Br J Clin Psychol Br Psychol Soc. 30 nov 2015.

210. VESGA-LOPEZ O., BLANCO C., KEYES K., OLFSON M., GRANT B.F., HASIN D.S., *Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States*. Arch Gen Psychiatry. juill. 2008 ; 65(7) : 805–15.
211. DIAZ-CANEJA A., JOHNSON S., *The views and experiences of severely mentally ill mothers – a qualitative study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. juin 2004 ; 39(6) : 472–82.
212. CHEN E.Y., BROWN M.Z., LO T.T.Y., LINEHAN M.M., *Sexually transmitted disease rates and high-risk sexual behaviors in borderline personality disorder versus borderline personality disorder with substance use disorder*. J Nerv Ment Dis. févr. 2007 ; 195(2) : 125–9.
213. BRADLEY R., JENEI J., WESTEN D., *Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents*. J Nerv Ment Dis. janv. 2005 ; 193(1) : 24–31.
214. BLANKLEY G., GALBALLY M., SNELLEN M., POWER J., LEWIS A.J., *Borderline Personality Disorder in the perinatal period: early infant and maternal outcomes*. Australas Psychiatry Bull R Aust N Z, Coll Psychiatr. déc. 2015 ; 23(6) : 688–92.
215. APTER-DANON G. et LE NESTOUR-CRIVILLE A., *Mères états-limites et leur bébé : quelles psychothérapies possibles ?*, 2004, Perspectives Psy, 43, 372-376.
216. NEWMAN L., STEVENSON C., *Parenting and borderline personality disorder: ghosts in the nursery*. Clin Child Psychol Psychiatry 2005 ; 10 : 385-94.
217. BYDLOWSKI M., *La transparence psychique de la grossesse*, 1991 ; (32) : 2–9.
218. GENET Marie-Camille et al., « Psychopathologie, attachement et devenir des enfants de mères présentant un trouble de personnalité borderline/état-limite : une revue de la littérature », *La psychiatrie de l'enfant* 2014/1 (Vol. 57), p. 259-329.
219. PETFIELD L., STARTUP H., DROSCHE H., CARTWRIGHT-HATTON S., *Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes*. Evid Based Ment Health. août 2015 ; 18(3) : 67–75.
220. NEWMAN L.K., STEVENSON C.S., BERGMAN L.R., BOYCE P., *Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings*. Aust N Z J Psychiatry. juill. 2007 ; 41(7) : 598–605.
221. GRATZ K.L., KIEL E.J., LATZMAN R.D., ELKIN T.D., MOORE S.A., TULL M.T., *Emotion: empirical contribution. Maternal borderline personality pathology and infant emotion regulation: examining the influence of maternal emotion-related difficulties and infant attachment*. J Personal Disord. févr. 2014 ; 28(1) : 52–69.
222. CRITTENDEN P.M., NEWMAN L., *Comparing models of borderline personality disorder: Mothers' experience, self-protective strategies, and dispositional representations*. Clin Child Psychol Psychiatry. juill. 2010 ; 15(3) : 433–51.
223. SCHACHT R., HAMMOND L., MARKS M., *The relation between mind-mindedness in mothers with borderline personality disorder and mental state understanding in their children*. Infant Child Dev 2013 ; 22 (July 2012) : 68–84.

224. FELDMAN R.B., ZELKOWITZ P., WEISS M., VOGEL J., HEYMAN M., PARIS J., *A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders*. Compr Psychiatry. avr. 1995 ; 36(2) : 157–63.
225. WHITE H., FLANAGAN T.J., MARTIN A. et al., *Mother–infant interactions in women with borderline personality disorder, major depressive disorder, their co-occurrence, and healthy controls*. J Reprod Infant Psychol 2011 ; 29 : 223–35.
226. BARNOW S., SPITZER C., GRABE H.J., KESSLER C., FREYBERGER H.J., *Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. août 2006 ; 45(8) : 965–72.
227. CRANDELL L.E., PATRICK M.P.H., HOBSON R.P., « *Still-face* » *interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants*. Br J Psychiatry J Ment Sci. sept. 2003 ; 183 : 239–47.
228. MURRAY L., FIORI-COWLEY A., HOOPER R. et al., *The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother infant interactions and later infant outcome*, 1996. Child Development, 67,2512^2526.
229. HOBSON R.P., PATRICK M.P.H., HOBSON J.A., CRANDELL L., BRONFMAN E., LYONS-RUTH K., *How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants*. Br J Psychiatry J Ment Sci. oct. 2009 ; 195(4) : 325–30.
230. LYONS-RUTH K., BRONFMAN E., PARSONS E., « *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk* », 1999, in « *IV. maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns* », *Monographs of the Society for Research Child Development*, 64, 67-96.
231. APTER-DANON G., CANDILIS D., « *A challenge for perinatal psychiatry: therapeutic management of maternal borderline personality disorder and their very young infants* », 2005, *Clinical Neuropsychiatry*, 2 (5), 302-314.
232. BRUNET O., LEZINE I., *Le développement psychologique de la première enfance* (1^{re} édition, 1951, Paris, PUF), 5^e édition 1983, EaP, Issy-les-moulineaux.
233. BIRINGEN Z., ROBINSON J.L., *Emotional availability: a reconceptualization for research*. Am J Orthopsychiatry 1991 ; 61 : 258-271.
234. JOHNSTON C., MASH E.J., *A measure of parenting satisfaction and efficacy*. J Clin Child Psychol 1989 ; 18 : 167–175.
235. ABIDIN R.R., *The Parenting Stress Index Short Form*, Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press, 1990.
236. FIELD T., « *Interactions of high-risk infants: quantitative and qualitative differences* », 1980, in SAWIN D.B., HAWKINS R.C., WALKER L., & PENTICUFF J. (Eds.), *Current perspectives on psychosocial risks during pregnancy and early infancy*, 120-43, New York, NY, Brunner/mazel.
237. KIEL E.J., GRATZ K.L., MOORE S.A., LATZMAN R.D., TULL M.T., *The impact of borderline personality pathology on mothers' responses to infant distress*. J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43. déc. 2011 ; 25(6) : 907–18.

238. PFOHL B., BLUM N., ST JOHN D., MCCORMICK B., ALLEN J., BLACK D.W., *Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): a self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder*. J Personal Disord. juin 2009 ; 23(3) : 281–93.
239. DELAVENNE A., GRATIER M., DEVOUCHE E. et al., *Phrasing and fragmented time in « pathological » mother-infant vocal interaction*. Music Sci 2008 ; 12(Suppl 1) : 47–70.
240. ELLIOT R.-L., CAMPBELL L., HUNTER M., COOPER G., MELVILLE J., MCCABE K. et al., *When I look into my baby's eyes... infant emotion recognition by mothers with borderline personality disorder*. Infant Ment Health J. févr 2014 ; 35(1) : 21–32.
241. MEINS, E., FERNYHOUGH, C., *Mind-mindedness coding manual*, version 2.0, 2010. Unpublished manuscript. Durham, UK : Durham University.
242. MEINS, E., FERNYHOUGH, C., RUSSELL, J., & CLARK-CARTER, D., *Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities : A longitudinal study*, 1998. Social Development, 7, 1-24.
243. HOBSON R.P., PATRICK M., CRANDELL L., GARCIA-PEREZ R., LEE A., *Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder*. Dev Psychopathol. 2005 ; 17(2) : 329–47.
244. CARLSON V., BARNETT D., CICHETTI D., & BRAUNWALD K., *Disorganized/ disoriented attachment relationships in maltreated infants*, 1989, *Developmental Psychology*, 25(4), 525-531.
245. HESSE E, MAIN M., *Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: description, discussion, and interpretations*. Dev Psychopathol. 2006 ; 18(2) : 309–43.
246. ABRAMS K. Y., RIFKIN A., HESSE E., *Examining the role of parental frightened/frightening subtypes in predicting disorganized attachment within a brief observational period*, 2006, *Development and Psychopathology*, 18, 345 -61.
247. CRICK N.R., MURRAY-CLOSE D., WOODS K., *Borderline personality features in childhood: a short-term longitudinal study*, 2005, *Development and Psychopathology* ; 17(4) : 1051–70.
248. CARLSON E.A., SROUFE L.A., EGELAND B. *The construction of experience: a longitudinal study of representation and behavior*. Child Dev. févr. 2004 ; 75(1) : 66–83.
249. BRETHERTON I., RIDGEWAY D., CASSIDY J., *Assessing internal working models of the attachment relationship*. In: GREENBERG M.T., CICHETTI D., CUMMINGS M., editors, *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago Press ; 1990. p. 273-308.
250. MAIN M., & CASSIDY J., *Categories of response to reunion with the parent at age six: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period*, 1988, *Developmental Psychology*, 24, 415-426.
251. WARTNER U. G., GROSSMANN K., FREMMER-BOMBIK E., SUESS G., *Attachment patterns at age six in south Germany: Predictability from infancy and implications for preschool behavior*, 1994, *Child Development*, 65, 1014-1027.
252. MAIN M., « Recent studies in attachment: an overview with selected implications for clinical work », 1995, in GOLDBERG S., MUIR R., KERR J., editors, *Attachment Theory. Social Developmental and Clinical Perspectives*. Analytic Press, Hillsdale, Nj, 407-474.

253. GUEDENEY N., « Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement », 2011, *Devenir*, vol. 23, pp. 129-144.
254. STEPP S.D., WHALEN D.J., PILKONIS P.A., HIPWELL A.E., LEVINE M.D., *Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention*. *Personal Disord.* janv. 2012 ; 3(1) : 76–91.
255. WEISS M., ZELKOWITZ P., FELDMAN R.B., VOGEL J., HEYMAN M., PARIS J., *Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: a pilot study*. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* juin 1996 ; 41(5) : 285–90.
256. ABELA J.R.Z., SKITCH S.A., AUERBACH R.P., ADAMS P., *The impact of parental borderline personality disorder on vulnerability to depression in children of affectively ill parents*. *J Personal Disord.* févr. 2005 ; 19(1) : 68–83.
257. HERR N. R., HAMMEN C., BRENNAN P.A., *Maternal borderline personality disorder symptoms and adolescent psychosocial functioning*. *Journal of Personality Disorders*, oct 2008 ; 22(5) : 451–65.
258. LINKS P. S., STEINER M., HUXLEY G. *The occurrence of borderline personality disorder in the families of borderline patients, 1988*, *Journal of Personality Disorders*, 2,14-20.
259. SHARP C., FONAGY P. : *The parent's capacity to treat the child as a psychological agent : Constructs, measures and implications for developmental psychopathology*, 2008, *Social Development*, 17.
260. VERHEUGT-PLEITER A.J.E., ZEVALKINK J., SCHMEETS M.G.J., *Mentalizing in child therapy : Guidelines for Clinical Practitioners*, Karnac, Londres, 2008.
261. WHALEN, D. J., SILK, J. S., & DAHL, R. E., *The impact of maternal borderline personality disorder on maternal emotional socialization and adolescent emotional vulnerability*, 2009.
262. NIGG J.T., GOLDSMITH H.H., *Genetics of personality disorders: perspectives from personality and psychopathology research*. *Psychol Bull.* mai 1994 ; 115(3) : 346–80.
263. ZANARINI M.C., FRANKENBURG F.R., KHERA G.S., BLEICHMAR J., *Treatment histories of borderline inpatients*. *Compr Psychiatry.* avr 2001 ; 42(2) : 144–50.
264. MACFIE J., CICHETTI D., TOTH S.L., *The development of dissociation in maltreated preschool-aged children*, 2001, *Dev Psychopathol* ; 13(2):233–54.
265. BOWER G.H., SIVERS H., *Cognitive impact of traumatic events*, 1998, *Development and Psychopathology* ; 10:625–654. [PubMed: 9886219].
266. CARLSON EA., *A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation*. *Child Dev.* août 1998 ; 69(4) : 1107–28.
267. OGAWA J.R., SROUFE L.A., WEINFELD N.S., CARLSON E.A., EGELAND B., *Development and the fragmented self: A longitudinal study of dissociative symptomatology in a normative sample*. *Development and Psychopathology* 1997 ; 9 : 855–879.

268. YATES T.M., CARLSON E.A., EGELAND B., *A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample*, 2008, *Development and Psychopathology* ; 20 : 651–671. [PubMed: 18423099].
269. ETKIN A., EGNER T., PERAZA D.M., KANDEL E.R., HIRSCH J., *Resolving emotional conflict: A role for the rostral anterior cingulate cortex in modulating activity in the amygdala*, 2006, *Neuron* ; 51 : 871 – 82.
270. RUDEBECK P.H., WALTON M.E., MILLETTE B.H.P., SHIRLEY E., RUSHWORTH M.F.S., BANNERMAN D.M., *Distinct contributions of frontal areas to emotion and social behaviour in the rat*. *Eur J Neurosci* 2007 ; 26 : 2315 – 26.
271. SILBERSWEIG D., CLARKIN J.F., GOLDSTEIN M., KERNBERG O.F., TUESCHER O., LEVY K.N. et al., *Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder*. *Am J Psychiatry*. déc. 2007 ; 164(12) : 1832–41.
272. LINEHAN, M.M., *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, 1993, New York, NY: Guilford Press.
273. SANSONE R.A., FARUKHI S., WIEDERMAN M.W., *Perceptions of childhood caretakers and borderline personality symptomatology*. *Child Abuse Negl*. nov. 2013 ; 37(11) : 1030–3.
274. ZALEWSKI M., LENGUA L.J., *Extending research on parenting in mothers diagnosed with BPD: commentary on Stepp et al.*, *Personal Disord*. janv. 2012 ; 3(1) : 101-103-106.
275. KIFF C.J., LENGUA L.J. & ZALEWSKI M., *Nature and nurture: Parenting in the context of child temperament*, 2011, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 251–301.
276. BLEGEN N.E., HUMMELVOLL J.K., SEVERINSSON E., *Mothers with mental health problems: a systematic review*. *Nurs Health Sci*. déc 2010 ; 12(4) : 519–28.
277. SCHRANK B., MORAN K., BORGHİ C., PRIEBE S., *How to support patients with severe mental illness in their parenting role with children aged over 1 year? A systematic review of interventions*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. déc 2015 ; 50(12) : 1765–83.
278. LEIGHT K.L., FITELSON E.M., WESTON C.A., WISNER K.L., *Childbirth and mental disorders*. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. 2010 ; 22(5) : 453–71.
279. *Parents as patients: supporting the needs of patients who are parents and their children*, College Report CR164, January 2011, Royal College of Psychiatrists, London, Approved by Central Policy Coordination Committee: July 2010, Due for review: 2013.
280. MOWBRAY C.T., OYSERMAN D., BYBEE D., *Mothers with serious mental illness*. *New Dir Ment Health Serv*. 2000 ; (88):73–91.
281. SEEMAN M.V., *Intervention to prevent child custody loss in mothers with schizophrenia*. *Schizophr Res Treat*. 2012 ; 2012 : 796763.
282. GALBALLY M., SNELLEN M., WALKER S., PERMEZEL M., *Management of antipsychotic and mood stabilizer medication in pregnancy: recommendations for antenatal care*. *Aust N Z J Psychiatry*. févr 2010 ; 44(2) : 99–108.

283. KING-HELE S., WEBB R.T., MORTENSEN P.B., APPLEBY L., PICKLES A., ABEL K.M., *Risk of stillbirth and neonatal death linked with maternal mental illness: a national cohort study*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. mars 2009 ; 94(2) : F105-110.
284. NILSSON E., HULTMAN C.M., CNATTINGIUS S., OLAUSSON P.O., BJÖRK C., LICHTENSTEIN P., *Schizophrenia and offspring's risk for adverse pregnancy outcomes and infant death*. Br J Psychiatry J Ment Sci. oct 2008 ; 193(4) : 311–5.
285. HENRIKSSON K.M., MCNEIL T.F., *Health and development in the first 4 years of life in offspring of women with schizophrenia and affective psychoses: Well-Baby Clinic information*. Schizophr Res. 1 sept 2004 ; 70(1) : 39–48.
286. HANS S.L., AUERBACH J.G., STYR B., MARCUS J., *Offspring of parents with schizophrenia: mental disorders during childhood and adolescence*. Schizophr Bull. 2004 ; 30(2) : 303–15.
287. MONTGOMERY P., BROWN S., FORCHUK C., *A comparison of individual and social vulnerabilities, health, and quality of life among Canadian women with mental diagnoses and young children*. Women's Health Issues. 2011 ; 21:48–56.
288. DAVIES B, ALLEN D., *Integrating « mental illness » and « motherhood »: the positive use of surveillance by health professionals. A qualitative study*. Int J Nurs Stud. mars 2007 ; 44(3) : 365–76.
289. NICHOLSON J., SWEENEY E.M., GELLER J.L., *Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness*. Psychiatr Serv Wash DC. mai 1998 ; 49(5) : 635–42.
290. CLEAVER H., UNELL I. & ALDGATE J., *Children's Needs – Parenting Capacity: The Impact of Parental Mental Illness, Problem Alcohol and Drug Use, and Domestic Violence on Children's Development*, 1999, TSO (The Stationery Office).
291. MAYBERY, D. J., REUPERT, A. E., PATRICK, K., et al., *Prevalence of parental mental illness in Australian families*, 2009, Psychiatric Bulletin, 33, 22–26.
292. HEARLE J., PLANT K., JENNER L., BARKLA J., MCGRATH J., *A survey of contact with offspring and assistance with child care among parents with psychotic disorders*. Psychiatr Serv Wash DC. oct 1999 ; 50(10) : 1354–6.
293. BEE P., BOWER P., BYFORD S., CHURCHILL R., CALAM R., STALLARD P. et al., *The clinical effectiveness, cost-effectiveness and acceptability of community-based interventions aimed at improving or maintaining quality of life in children of parents with serious mental illness: a systematic review*. Health Technol Assess Winch Engl. févr 2014 ; 18(8) : 1–250.
294. FUDGE E. & MASON P., *Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness*, 2004, Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health 3. Available at: <http://www.auseinet.com/journal/vol3iss2/fudgemason.pdf> (accessed 14 September 2007).
295. MANDERSON J., MCCUNE N., *Enquiry about the needs of children whose mothers are admitted to psychiatric hospitals*. Child Care Pract. janv 2004 ; 10(1) : 57–62.
296. GLADSTONE B.M., BOYDELL K.M., MCKEEVER P., *Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience*. Soc Sci Med. mai 2006 ; 62(10) : 2540–50.

297. BLANCH A.K., NICHOLSON J., PURCELL J., *Parents with severe mental illness and their children: the need for human services integration*. J Ment Health Adm. 1994 ; 21(4) : 388–96.
298. FRASER C., JAMES E.L., ANDERSON K., LLOYD D., JUDD F., *Intervention Programs for Children of Parents with a Mental Illness: A Critical Review*. Int J Ment Health Promot. févr. 2006 ; 8(1) : 9–20.
299. *Technical Report for SCIE Research Review on Access, Acceptability and Outcomes of Services / Interventions to Support Parents with Mental Health Problems and their Families*, BERESFORD B., CLARKE S., GRIDLEY K., PARKER G., PITMAN R., SPIERS G., LIGHT K. [Internet]. [cité 1^{er} août 2016]. Disponible sur: <http://php.york.ac.uk/inst/spru/pubs/1124/>
300. BASSETT J.L., LLOYD CHRIS, HAZEL, *Parenting: Experiences and feelings of parents with a mental illness*, 1999, J Ment Health 8 : 597–604.
301. REUPERT A., MAYBERY D., *Families affected by parental mental illness: a multiperspective account of issues and interventions*. Am J Orthopsychiatry. juill. 2007 ; 77(3) : 362–9.
302. PARROTT L., JACOBS G. & ROBERTS D., *SCIE Research Briefing 23: Stress and Resilience Factors in Parents with Mental Health Problems and Their Children*, 2008, Social Care Institute for Excellence.
303. NICHOLSON J., ALBERT K., GERSHENSON B., WILLIAMS V., BIEBEL K., *Family options for parents with mental illnesses: a developmental, mixed methods pilot study*. Psychiatr Rehabil J. 2009 ; 33(2) : 106–14.
304. DAVID D.H., STYRON T., DAVIDSON L., *Supported Parenting to Meet the Needs and Concerns of Mothers with Severe Mental Illness*. Am J Psychiatr Rehabil. avr. 2011 ; 14(2) : 137–53.
305. CRAIG E.A., *Parenting programs for women with mental illness who have young children: a review*. Aust N Z J Psychiatry. déc. 2004 ; 38(11–12) : 923–8.
306. DAVIDSON L., CHINMAN M., SELLS D., ROWE M., *Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field*. Schizophr Bull. juill. 2006 ; 32(3) : 443–50.
307. CLARK C.A., SMITH P.R., *Promoting collaborative practice for children of parents with mental illness and their families*. Psychiatr Rehabil J. 2009 ; 33(2) : 95–7.
308. BARROW S.M., LABORDE N.D., *Invisible Mothers: Parenting by Homeless Women Separated from Their Children*. Gend Issues. sept. 2008 ; 25(3) : 157–72.
309. LEE M.A., SANDERS M.R., *Brief prepared for the Child Health and Development Institute Impact series*, 2003, Promoting health children & families in CT: Part #3: Linking women’s health and children’s health.
310. DARLINGTON Y., FEENEY J.A., RIXON K., *Interagency collaboration between child protection and mental health services: Practices, attitudes and barriers*. Child Abuse Negl. oct 2005 ; 29(10) : 1085–98.
311. O’HANLON A., RATNAIKE D., PARHAM J., KOSKY R., MARTIN G., *Building Capacity for Mental Health: A Two and a Half Year Follow-Up of the Auseinet Reorientation of Services Projects* [Internet]. Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People, c/o CAMHS, Flinders

- Medical Center, Bedford Park, South Australia 5042. For full text: www.auseinet.com; 2002 [cité 1^{er} août 2016]. Disponible sur: <http://eric.ed.gov/?id=ED472574>
312. DEAN C. & MACMILLAN C., *Serving the children of parents with a mental illness: barriers, breakthroughs and benefits*, 2001, Paper presented at the Building Bridges: promoting mental health for families and communities.
 313. MAYBERY D, REUPERT A., *Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness*. Aust N Z J Psychiatry. août 2006 ; 40(8) : 657–64.
 314. DUGNAT M., *Santé mentale et psychiatrie périnatales : renouveler l'approche de la prévention*. Dialogue. 2002 ; 157(3) : 29.
 315. AIDANE É, WENDLAND J, RABAIN D, MARIE P., *Un suivi thérapeutique atypique : co-constructions thérapeutiques de la relation précoce d'une mère borderline et son bébé*. Psychiatr Infant. 2009 ; 52(1) : 131.
 316. GREEN A., *Que sont les formes de la figurabilité ?*, Revue française de Psychanalyse, 2001, t. LXV, 4, 1121-1131.
 317. LE NESTOUR A., APTER-DANON G., HEROUX C., MOURGUES B., PATOUILLOT-SLATINE I., *Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques*. Psychiatr Infant. 2007 ; 50(1) : 125.
 318. MACFIE J., FITZPATRICK K.L., RIVAS E.M., COX M.J., *Independent influences upon mother-toddler role reversal: infant-mother attachment disorganization and role reversal in mother's childhood*. Attach Hum Dev. mars 2008 ; 10(1) : 29–39.
 319. GUNDERSON J.G., BERKOWITZ C., RUIZ-SANCHO A., *Families of borderline patients: a psychoeducational approach*. Bull Menninger Clin. 1997 ; 61(4) : 446–57.
 320. NEWMAN L., STEVENSON C., *Issues in infant--parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder*. Clin Child Psychol Psychiatry. oct. 2008 ; 13(4) : 505–14.
 321. LYONS-RUTH K., *Methodological challenges in identifying parenting behaviors as potential targets for intervention: commentary on Stepp et al.*, 2011, Personal Disord. janv. 2012 ; 3(1) : 95-97-106.
 322. MUIR E., LOJKASEK M. & COHEN N., *Watch, Wait, and Wonder: A manual describing a dyadic infant led approach to problems in infancy and early childhood*, 1999, Toronto, ON: The Hincks-Dellcrest Centre and The Hincks-Dellcrest Institute.
 323. ZANARINI M.C., GUNDERSON J.G., FRANKENBURG F.R., CHAUNCEY D.L., *The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other axis II disorders*, 1989, Journal of Personality Disorder, 3, 10–18.
 324. LE NESTOUR A., APTER-DANON G., HEROUX C., MOURGUES B., PATOUILLOT-SLATINE I., *Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques*. Psychiatr Infant. 2007 ; 50(1) : 125.
 325. NIJSSENS L., LUYTEN P., BALES D.L., *Mentalization-based treatment for parents (MBT-P) with borderline personality disorder and their infants*. [Internet]. Routledge/Taylor & Francis Group; 2012 [cité 2 août 2016]. Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&uid=2012-09926-004>

326. SLADE A., SADLER L., DE DIOS-KENN C., WEBB D., CURRIER-EZEPCHICK J., MAYES L., *Minding the baby a reflective parenting program*. *Psychoanal Study Child*. 2005 ; 60 : 74–100.
327. DE GRAAF I., SPEETJENS P., SMIT F., DE WOLFF M., TAVECCHIO L., *Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis*. *Behav Modif*. sept. 2008 ; 32(5) : 714–35.
328. MACKENZIE E.P., FITE P.J., BATES J.E., *Predicting Outcome in Behavioral Parent Training: Expected and Unexpected Results*. *Child Fam Behav Ther*. 22 avr 2004 ; 26(2) : 37–53.
329. MALIKEN A.C., KATZ L.F., *Exploring the impact of parental psychopathology and emotion regulation on evidence-based parenting interventions: a transdiagnostic approach to improving treatment effectiveness*. *Clin Child Fam Psychol Rev*. juin 2013 ; 16(2) : 173–86.
330. DUMAS J.E., *Mindfulness-Based Parent Training: Strategies to Lessen the Grip of Automaticity in Families With Disruptive Children*. *J Clin Child Adolesc Psychol*. nov. 2005 ; 34(4) : 779–91.
331. CONROY S., MARKS M.N., SCHACHT R., DAVIES H.A., MORAN P., *The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. mars 2010 ; 45(3) : 285–92.
332. MURPHY D.A., MARELICH W.D., HERBECK D.M., PAYNE D.L., *Family routines and parental monitoring as protective factors among early and middle adolescents affected by maternal HIV/AIDS*. *Child Dev*. déc. 2009 ; 80(6) : 1676–91.
333. EISENBERG M.A., OLSON R.E., NEUMARK-SZTAINER D., STORY M., & BEARINGER R.H., *Correlations between family meals and psychosocial well-being among adolescents*, 2004, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 792–796.
334. ZALEWSKI M., STEPP S.D., WHALEN D.J., SCOTT L.N., *A Qualitative Assessment of the Parenting Challenges and Treatment Needs of Mothers with Borderline Personality Disorder*. *J Psychother Integr*. 1^{er} juin 2015 ; 25(2) : 71–89.
335. COHEN A.N., GLYNN S.M., MURRAY-SWANK A.B., BARRIO C., FISCHER E.P., MCCUTCHEON S.J. et al., *The family forum: directions for the implementation of family psychoeducation for severe mental illness*. *Psychiatr Serv Wash DC*. janv 2008 ; 59(1) : 40–8.
336. FRUZZETTI A.E. & HOFFMAN P.D., *Family Connections workbook and training manual*, 2004. Rye, NY: National Education Alliance for Borderline Personality Disorder.
337. BLUM N., PFOHL B., ST. JOHN D., MONAHAN P., & BLACK D.W., *STEPPS: A cognitive behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder: A preliminary report*, 2002, *Comprehensive Psychiatry*, 43, 301–310.
338. MILLER, A.L., RATHUS, J.H., & LINEHAN, M.M., *Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents*, 2006. New York, NY: Guilford Press.
339. HOGHUGH M., *The importance of parenting in child health. Doctors as well as the government should do more to support parents*. *BMJ*. 23 mai 1998 ; 316(7144) : 1545.
340. NEYRAND G., *La prévention précoce, une démarche paradoxale*. *Dialogue*. 2002 ; 157(3) : 3.

341. BOUCHER M., *Le travail social face aux familles populaires : la « nébuleuse » de la parentalité en question*. Pensée Plurielle. 1^{er} août 2012 ; (29) : 75–98.
342. BESSON J., GALTIER M., ODIER I., *Petit parent deviendra grand*, Spirale, 2004 ; 29(1) : 25.
343. FELDMAN M. *La nécessité du lien au cœur de la prévention et de la protection des tout-petits*. VST – Vie Soc Trait. 2011 ; 112(4) : 86.
344. GARRET-GLOANEC N., PERNEL A.-S., *Conséquences des négligences parentales sur les bébés*. Inf Psychiatr. 2012 ; 88(3) : 195.
345. LAPORTE L., *Un défi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite*. Santé Ment Au Qué. 2007 ; 32(2) : 97.
346. LAPORTE L., BLAIS M.-F., *La santé mentale des parents d'enfants suivis en protection de la jeunesse au CJM-IU: Analyses exploratoires à partir de données administratives*, 2007, Institut de recherche pour le développement social des jeunes.
347. LAPORTE L., BAILLARGEON L., *Le trouble limite de la personnalité chez les parents des enfants suivis par les services de protection de la jeunesse: un motif de compromission ?*, 6^e Symposium national sur la protection et le bien-être des enfants, Des enfants à protéger, des adultes à aider: deux univers à rapprocher, 2005, Montréal.
348. VILLENEUVE C., 2006, *L'intervention en santé mentale. Le pouvoir thérapeutique de la famille*, Les presses de l'Université de Montréal.
349. THOBURN J., WILDING J., WATSON J., *Family Support in Cases of Emotional Maltreatment and Neglect*, 2000, London, The Stationery Office.

Résumé

Le trouble grave de la personnalité de type *borderline* (TPB) est une pathologie fréquente qui se caractérise par des troubles de la régulation émotionnelle et des relations interpersonnelles instables. Suite à la désinstitutionnalisation des personnes souffrant de troubles mentaux, la question de l'accès à la parentalité des patients est devenue un enjeu de santé publique majeure aussi bien en termes de santé mentale des parents que de développement de leurs enfants.

Dans ce travail, nous nous proposons de synthétiser les données existantes sur l'accès à la parentalité des mères souffrant d'un TPB. Dans une première partie, nous rappelons la définition de la psychiatrie périnatale et du concept de « parentalité ». Dans une seconde partie, nous décrivons l'émergence et les différents aspects des interactions précoces et de la théorie de l'attachement. Notre troisième partie reprend l'historique et les spécificités cliniques du TPB. Dans notre quatrième partie, nous abordons l'impact de ce trouble sur les interactions précoces, l'attachement et le devenir des enfants de mères avec TPB. Enfin, nous discutons d'une manière globale des implications pratiques de la prise en charge des troubles de la parentalité en psychiatrie périnatale, ainsi que des modalités thérapeutiques existantes à l'adresse de ces dyades vulnérables.

Cette revue de la littérature montre que le TPB impacte fortement l'émergence des processus de parentalité et des interactions précoces. Cela peut conduire à la mise en place de patterns d'attachement pathologiques chez l'enfant et apparaît comme un facteur de risque pour le développement de troubles psychopathologiques ultérieurs. De plus, les enfants de mères souffrant d'un TPB sont également susceptibles de développer eux-mêmes un trouble de la parentalité : il y a alors également transmission transgénérationnelle de la vulnérabilité psychique.

Les interventions de soutien des interactions spécifiquement développées à l'adresse de ces dyades sont peu nombreuses et peu évaluées, mais quels que soient leurs supports théoriques (psychanalytique, attachementiste...), l'amélioration de la fonction réflexive parentale doit être la cible thérapeutique principale. L'un des objectifs de la prise en charge globale de ces femmes et de leurs enfants sera la constitution d'un véritable réseau de soutien, familial mais aussi professionnel, tenant compte de leurs spécificités psychopathologiques : faible demande de soins, fréquence des mécanismes de déni, clivage et projection qui mettent à mal la relation thérapeutique.

Le concept de « parentalité partielle » nous semble tout à fait pertinent pour les mères avec TPB et leurs enfants, dans la mesure où il permet un ajustement à la complexité des situations rencontrées, dans l'objectif de prendre en compte la souffrance du bébé (et de l'enfant) réel mais aussi de soutenir l'accès à la parentalité de ces mères (et de ces pères).

MOTS-CLEFS : trouble grave de la personnalité de type *borderline*, parentalité, interactions précoces, attachement, transmission intergénérationnelle, fonction réflexive, travail en réseau.