

UNIVERSITÉ DE SHERBOOKE

THÈSE PAR ARTICLES
PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ
DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR

© FANNY-MAUDE URFER

FONCTION RÉFLEXIVE PARENTALE DE MÈRES ET DE PÈRES D'ENFANTS
CONSULTANT EN PÉDOPSYCHIATRIE : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

AVRIL 2015

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans le règlement facultaire des études de 2e et 3e cycles de l'Université de Sherbrooke. Les articles ont été rédigés selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom de la directrice de recherche et d'autres chercheurs en psychologie apparaîtront comme co-auteurs des articles soumis pour publication.

Sommaire

Un dénominateur commun ressort chez les enfants souffrant d'une psychopathologie, soit un défaut au plan de la capacité de mentalisation (CM) ou fonction réflexive (FR; Sharp & Fonagy, 2008; Slade, 2005; Schmeets, 2008). Ce concept réfère à la capacité à percevoir et interpréter son comportement et celui des autres en fonction de divers états mentaux (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004). Puisque la CM se développe notamment en fonction de la qualité du contexte relationnel au sein duquel évolue l'enfant (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 2007), quelques études portant sur l'influence de la FRP (FR parentale) de la mère au regard du développement de cette capacité chez l'enfant ont démontré qu'une pauvre FRP chez la mère est associée au risque que l'enfant développe des symptômes de psychopathologie (Ensink et al., 2014; Katz & Windecker-Nelson, 2004; Sharp, Fonagy, & Goodyer, 2006). À notre connaissance, il n'existe à ce jour qu'une seule étude s'étant penchée sur la FR du père (Arnott & Meins, 2007). Il s'avère donc pertinent de s'intéresser à la FR des deux parents afin de mieux comprendre les liens existant entre cette variable d'une part et l'adaptation et les difficultés psychologiques des enfants d'autre part. Cette thèse vise ainsi à évaluer et décrire la FRP de parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie. Pour ce faire, 10 mères et 3 pères d'enfants âgés de 20 mois à 60 mois consultant en pédopsychiatrie ont complété une entrevue semi-structurée, le *Parent Development Interview - Revised* (PDI-R; Slade, Aber, Berger, Bresgi, & Kaplan, 2002). Des analyses descriptives basées sur deux méthodes d'analyses, soit le système de cotation de la FRP (Slade, Bernbach, Grienberger, Levy,

& Locker, 2005) et le système de cotation du PDI (Henderson, Steele, & Hillman, 2007), ont permis d'évaluer respectivement la qualité de la FRP des parents et l'expérience affective parentale en fonction de diverses émotions se déployant dans le cadre de la relation parent-enfant. Il ressort de cette étude que les parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie présentent une FRP variant en fonction des différentes thématiques abordées mais globalement inférieure au niveau attendu au sein de la population générale. Différentes données à propos de l'expérience affective et de la perception de ces parents ont également été évaluées et décrites, de même que les liens entre l'expérience affective et la FRP. Ainsi, cette étude a permis de documenter certaines caractéristiques de la FRP des mères et des pères dont les enfants consultent en pédopsychiatrie et appuie l'idée selon laquelle des interventions visant le développement du fonctionnement réflexif de ces parents pourraient s'avérer pertinentes.

Mots-clé : Fonction réflexive parentale, mentalisation, pédopsychiatrie, parentalité, relation parent-enfant, psychopathologie.

Table des matières

Sommaire	iii
Dédicace	vi
Remerciements	vii
Introduction	1
Chapitre I - Capacité de mentalisation parentale et problématiques pédopsychiatriques : perspectives théorique et clinique	13
Introduction au deuxième article	55
Chapitre II - Fonction réflexive de parents d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie : une étude exploratoire.....	58
Conclusion	108
Références	113
Appendice A - <i>Parent Development Interview – Revised</i> (Version française)	118

*À mon père et à ma mère,
avec gratitude, compassion et amour*

Remerciements

Le premier remerciement s'adresse sans contredit à ma directrice de thèse, Mme Julie Achim, qui m'a accompagnée à travers chacune des étapes de la réalisation de cette thèse, du coup de foudre pour son thème jusqu'à la touche finale. Je souhaite souligner sa motivation, son grand souci du détail et sa capacité à mettre en place un espace d'échanges et de mentalisation.

Pour son étroite collaboration, je remercie chaleureusement M. Miguel M. Terradas, co-auteur des deux articles de cette thèse. Merci également à Mme Claud Bisailon, co-auteure et évaluatrice certifiée dans le cadre de notre étude exploratoire. L'enthousiasme, l'expertise et le soutien de ces deux professeurs ont permis un travail d'équipe des plus enrichissant et stimulant.

Je tiens à souligner la participation de Julien Leroux, Sabine Defer, Dr Alain Lebel, Karine Dubois-Comtois et Karin Ensink. Leur aide précieuse a facilité la réalisation des étapes cruciales de la cotation des entrevues, de l'organisation des rencontres d'évaluation et de la rédaction des articles. Merci aux pédopsychiatres du Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal pour leur contribution au recrutement des participants et à ces derniers, sans qui ce projet n'aurait jamais pu voir le jour.

Au plan personnel, je remercie ma famille et mes proches pour leur soutien inconditionnel, plus particulièrement mes parents, François Urfer et Rachel Boyer, ainsi que Magalie, Alexandre, Danielle, Alex, Sarah et Vahid. Chacun à leur façon, ils m'ont

apporté encouragements, inspiration et énergie en m'incitant à avoir le cœur à la tâche. Je vous aime et suis très reconnaissante de votre présence dans ma vie.

La réalisation de cette thèse signe un long parcours universitaire et la dernière étape vers l'obtention du titre de docteur en psychologie. En ce sens, je souhaite remercier tous les intervenants en santé mentale qui ont contribué à ma formation. Merci à Louise Arès, Dr Jean-Pierre Bienvenu et Katéri Germain de l'Hôpital Charles-Lemoyne, à mes collègues de l'Hôpital Ste-Justine, du *Montreal Children's Hospital* et de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, ainsi qu'à mes professeurs et collègues de l'Université de Sherbrooke. C'est grâce à leur professionnalisme, à notre travail d'équipe et à nos riches échanges que je saisis chaque jour l'importance de la place de la mentalisation dans la psychologie clinique.

Introduction

Les troubles psychiatriques chez les enfants représentent un problème de santé publique d'envergure ayant des répercussions sur leur qualité de vie ainsi que sur celle de leurs familles : 14% des enfants âgés de 5 à 17 ans sont atteints d'un tel trouble (Boyle & Georgiades, 2010). Cette problématique génère ainsi un coût important pour la société. L'histoire développementale de l'enfant, son tempérament et la stabilité des contextes social et familial au sein desquels il évolue constituent différents facteurs de risque et de protection associés à la présence de pathologies psychiatriques chez les enfants d'âge préscolaire (Flouri, Tzavidis, & Kallis, 2010). La *capacité de mentalisation* (CM), soit la capacité à percevoir et interpréter son propre comportement et celui des autres en termes d'états mentaux (Blatt, Auerbach, & Behrends, 2008; Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991), s'avère également une notion fort utile pour mieux comprendre la psychopathologie ou les difficultés psychologiques que présentent les enfants. En effet, des défauts de mentalisation ont récemment été identifiés comme étant un dénominateur commun présent chez des enfants souffrant de psychopathologies diverses (Schmeets, 2008). Bien que les études portant sur la CM menées auprès de populations pédopsychiatriques demeurent peu nombreuses à ce jour, quelques travaux théoriques, cliniques et empiriques font ressortir que des déficits au plan de la CM sont associés à des problèmes dans la sphère sociale, relationnelle et dans la capacité à réguler les émotions chez les enfants de cette population (Sharp, 2006, 2007; Sharp, Fonagy, & Goodyer, 2006; Slade, 2005; Fonagy, 2008). Comme leur fonctionnement psychologique, social et relationnel est davantage axé sur l'agir plutôt

que sur la parole, la pensée et la symbolisation, ces enfants peinent à profiter des traitements thérapeutiques dits *classiques* (Achim, 2009; Sharp et al., 2006). En effet, ces traitements s'appuient sur des capacités d'élaboration verbale et symbolique souvent sous-développées chez les enfants souffrant de psychopathologie. Il importe donc de mieux comprendre ce qui pourrait être en lien avec le développement déficitaire de la CM de ces enfants pour pouvoir leur offrir des interventions thérapeutiques tenant compte de ces difficultés.

Puisque la CM désigne la capacité à percevoir et interpréter son propre comportement et celui des autres en terme d'états mentaux, cela implique d'une part de concevoir que tout comme soi, les autres possèdent un monde interne constitué d'états mentaux tels que des sentiments, des pensées, des besoins, des désirs, des intentions et des motivations. D'autre part, cela implique de concevoir que les actions d'une personne peuvent être prévisibles ou justifiées en fonction des états mentaux qui l'habitent (Allen, 2003; Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 2006; Fonagy, Gergely, & Target, 2007; Slade, 2005). Ainsi, *mentaliser* implique de saisir que chacun possède un monde interne constitué d'états mentaux qui lui sont propres. L'individu qui mentalise bien est doté d'une flexibilité mentale lui permettant d'envisager une situation selon différentes perspectives et d'émettre plusieurs hypothèses quant aux intentions à l'origine d'un comportement donné. La conscience qu'a l'individu du fait qu'il doit valider ses hypothèses auprès d'autrui, sachant qu'il ne peut savoir ce qu'il y a dans la pensée de l'autre, est un indice d'une CM bien développée chez lui (Allen, 2003; Fonagy et al., 2004; Fonagy et al., 2007). En effet, lorsqu'un individu mentalise adéquatement, il est

conscient qu'il ne peut savoir avec certitude ce qui habite l'autre, mais est en mesure de s'en faire une idée à partir de sa connaissance de ce dernier et de sa capacité à décoder certains indices. De ce fait, mentaliser est une activité mentale imaginative; les propres idées et affects d'un individu et ceux des autres ne sont pas traités comme des copies fidèles de la réalité externe puisque chacun a sa façon de percevoir les situations. Cette perception est subjective et peut ainsi être considérée comme une *représentation mentale* de la réalité externe (Fonagy & Target, 1997; Target & Fonagy, 1996).

La capacité à se représenter les états mentaux se développe dans le contexte de la relation d'attachement unissant l'enfant à son parent (généralement sa mère) ou à sa première figure de soins. Il sera plus facile pour l'enfant d'apprendre à mentaliser s'il bénéficie d'un attachement sécurisé avec sa figure d'attachement, c'est-à-dire d'un lien émotionnellement significatif et persistant impliquant la recherche de proximité et la possibilité, pour l'enfant, d'utiliser cette figure d'attachement comme base sécurisante en cas de détresse (Ainsworth, 1989). Il est également important que le parent considère son enfant dès sa naissance comme un être habité par des désirs, des besoins et des sentiments qui motivent son comportement et qu'il considère que son enfant a le potentiel de devenir un agent psychologique, c'est-à-dire un être capable de raisonner à propos de ses propres buts, intentions et croyances ou de ceux des autres (Perner, 1991; Sharp & Fonagy, 2008).

La CM se transmet du parent à l'enfant grâce à la *fonction miroir* (Winnicott, 1971), selon laquelle le parent reflète à l'enfant une version « digérée » de ses états

mentaux. Grâce à la fonction miroir, l'enfant développera les premières traces mentales de son expérience affective et pourra graduellement construire un ensemble de représentations mentales. Pour ce faire, l'interaction parent-enfant doit se dérouler de manière harmonieuse et la rétroaction de la mère doit répondre à trois critères : la *contingence*, la *congruence* et la *différenciation* (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 2007). Quelques interactions occasionnelles ne répondant pas à ces critères n'auront probablement pas d'impact à long terme sur le développement de la CM de l'enfant, mais si le parent interprète régulièrement les états mentaux de l'enfant de manière inadéquate, soit non-congruente, non-contingente ou non-différenciée, ce dernier n'aura pas l'occasion de reconnaître ses propres états mentaux et pourrait être à risque d'internaliser une identité construite à partir des projections de son parent (*self étranger*). Ainsi, le parent doit refléter à l'enfant ses états mentaux en lui renvoyant une version "digérée" de son expérience. De ce fait, il donne un sens au comportement de l'enfant en l'expliquant par la présence d'un état mental sous-jacent et transmet ceci à l'enfant par sa parole, par l'intonation de sa voix et par ses gestes appropriés (Allen et al., 2008). Ceci évite à l'enfant de penser que son expérience interne s'est transmise au parent de manière contagieuse. Les interventions contingentes, congruentes et différenciées du parent ont une fonction contenantante qui aide l'enfant à se représenter ses expériences internes et à réguler ses émotions (Fonagy & Target, 2007). Ceci contribue également à ce que l'enfant expérimente puis intègre le fait que les émotions peuvent être régulées, d'abord avec l'aide du parent puis ensuite par lui-même, par le biais du processus d'autorégulation. Ainsi, grâce à l'interaction avec son parent, l'enfant parvient

graduellement à prendre conscience de ses états mentaux, à les anticiper et à les gérer (Allen et al., 2008).

L'optimisation de ce processus interactionnel présuppose la présence d'une CM suffisamment développée chez le parent pour qu'il puisse réfléchir aux états mentaux de son enfant et à la manière dont il pourra aider ce dernier à les identifier et à les intégrer. En effet, c'est plus précisément la qualité de la CM *parentale* (CMP) qui aidera l'enfant à développer sa propre CM, soit la CM du parent *dans le contexte de la relation avec* son enfant. Par ailleurs, même si la CMP du parent est bien développée, son mode de pensée réflexif n'est pas accessible en tout temps. Il arrive à l'occasion, notamment en contexte de grande activation émotionnelle, qu'un mode de pensée *pré-mentalisateur* soit privilégié, c'est-à-dire un mode de pensée où la prise en compte des états mentaux s'avère compromise. Ceci n'indique pas forcément une pauvre CM (ou CMP) mais plutôt que l'individu, sous l'emprise d'un stress, peut ne plus mentaliser de manière optimale (Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012). Ainsi, même un parent démontrant une CMP *suffisamment bonne* ne sera pas en mesure de répondre adéquatement à son enfant dans toutes les situations. Cependant, si le parent présente une CMP généralement inadéquate, l'enfant pourra avoir du mal à saisir la nature de ses propres états mentaux et de ceux des autres, c'est-à-dire à mentaliser (Allen et al., 2008). Ceci contribuera au développement de difficultés dans son fonctionnement psychosocial (Sharp & Fonagy, 2008) puisque l'enfant ne sera pas en mesure de bien décoder les intentions d'autrui. Il sera alors à risque 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 (Zevalkink, 2008). Ces constats témoignent de la pertinence de se pencher sur la CMP pour mieux comprendre les difficultés que présentent les enfants souffrant de psychopathologies ou nécessitant une consultation en pédopsychiatrie.

Au plan empirique, les chercheurs ont recours au terme *fonction réflexive* (FR), qui renvoie à une définition opérationnelle de la CM (Blatt et al., 2008; Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991). Très peu d'études se sont penchées sur le lien existant entre la FR parentale (FR se déployant dans le contexte de la relation parent-enfant; FRP) et celle des enfants atteints d'une psychopathologie. Certains travaux s'intéressant à des construits différents mais connexes à la FRP fournissent toutefois des indices pertinents quant à la relation existant entre la FRP du parent et celle de l'enfant. Notamment, une étude de Katz et Windecker-Nelson (2004) s'intéressant à la méta-émotion parentale indique que chez la mère, une conscience généralement pauvre de sa propre expérience émotionnelle ainsi que de celle de son enfant est associée au risque que l'enfant développe des symptômes de psychopathologie. Une étude de Sharp, Fonagy et Goodyer (2006) démontre quant à elle une corrélation entre l'adéquation maternelle et l'ajustement psychosocial de l'enfant, lequel est associé à une bonne FR chez l'enfant. À notre connaissance, il n'existe que deux études, soit celles d'Ensink et de ses collaborateurs (Ensink, Bégin, Normandin, & Fonagy, soumis; Ensink, Normandin, Target, Fonagy, Sabourin, & Berthelot, 2015), qui se soient penchées directement sur le concept de FRP et qui démontre que la qualité de la FRP maternelle peut prédire la FR de l'enfant, et ce, tant dans la population générale que dans un contexte de trauma. Dans l'une de ces études, la FRP maternelle ressort comme une variable corrélée aux

problèmes de comportements et aux symptômes dépressifs chez les enfants ayant un historique d'abus (Ensink, Bégin, Normandin, & Fonagy, soumis).

Il ressort également des études portant sur la FRP et existant à ce jour que les chercheurs s'attardent généralement au rôle de la mère. Or, le père s'avère lui aussi un acteur important dans le développement de l'enfant. À notre connaissance, une seule étude s'est penchée sur le rôle du père, soit celle d'Arnott et Meins (2007) qui se sont intéressées à trois variables clés chez des pères et des mères : la FR, le style d'attachement et l'orientation mentale. Il est démontré dans cette étude que l'attachement sécurisé du parent, sa FR développée et la sécurité du lien avec son enfant seraient associés à une meilleure *orientation mentale*, c'est-à-dire une plus grande capacité à commenter les états mentaux internes de leur enfant de manière appropriée, et que cette corrélation serait même plus forte pour les pères que pour les mères (Arnott & Meins, 2007). Cette étude démontre la pertinence de s'intéresser également à la FRP du père afin de mieux comprendre les difficultés de l'enfant au plan de la FR.

Dans le contexte où on ne recense qu'une seule étude abordant la FR des pères et étant donné que la FR est un prédicteur de l'attachement, tel que mis en lumière par une étude de Fonagy, Steele et Steele (1991), les recherches portant sur la contribution spécifique du style d'attachement du père au développement de l'enfant pourraient fournir des pistes de réflexion pour les recherches portant sur la FRP. En ce sens, Cowan et Cowan (2011) ont fait valoir qu'on ne peut connaître l'impact du style d'attachement d'une mère sur l'interaction qu'elle aura avec son enfant, soit un attachement sécurisé ou

insécurisé, si on ne considère pas celui du père. Le style d'attachement du père aurait en effet un impact dans la transmission intergénérationnelle du style d'attachement à son enfant (Cowan & Cowan, 2011). Compte-tenu des liens étroits existant entre l'attachement et la FR, il est possible d'envisager qu'un même mécanisme pourrait se déployer dans la transmission intergénérationnelle de la FR.

À la lumière de ces différents travaux, il semble important de se pencher sur la FRP des mères et des pères pour mieux comprendre les difficultés que présentent les enfants souffrant de psychopathologie. En effet, il existe actuellement un nombre restreint d'études qui se soient penchées sur ces variables, probablement en raison de la difficulté que pose le recrutement de tels participants et étant donné le défi que représente la mesure fidèle et valide de telles variables.

La présente étude a pour objectif d'évaluer et de décrire le niveau de développement de la FRP des mères et des pères d'enfants consultant en pédopsychiatrie, d'évaluer et de décrire leurs perceptions d'eux-mêmes, de leur enfant et de la relation parent-enfant ainsi que l'expérience affective se déployant dans le cadre de leur relation avec leur enfant et, finalement, d'évaluer les liens entre leur FRP et l'expérience affective vécue dans la relation parent-enfant. Elle permettra ainsi de mieux comprendre le facteur de risque ou de protection que représente la FRP quant au développement d'une psychopathologie chez l'enfant et de fournir des pistes de réflexion quant aux interventions à privilégier en contexte pédopsychiatrique.

Contribution de l'auteur

Le premier article de la présente thèse constitue une revue de la documentation scientifique portant sur la CM, la CMP, la FRP et l'impact de ces variables sur les problématiques psychiatriques chez les enfants. Cet article a d'abord pour objectif de définir les notions de CM et de CMP, de présenter le développement normal et pathologique de la CM dans le contexte de la relation parent-enfant ainsi que de recenser les écrits consacrés à la FRP du parent et à ses liens avec la psychopathologie chez l'enfant. L'article vise également à démontrer, à travers la présentation des travaux théoriques, cliniques et empiriques réalisés à ce jour, l'importance de se pencher sur la FRP des deux parents d'enfants consultant en pédopsychiatrie pour mieux comprendre les difficultés que présentent ces enfants. Cet article aborde des notions essentielles à la compréhension du développement de la CM chez l'enfant en lien avec son parent, telles que la fonction miroir, la contingence, la congruence et la différenciation, dans la perspective du normal et du pathologique. De ce fait, le premier article présente les fondements théoriques dont découle le deuxième article de la thèse. Voici la référence du premier article, rédigé par Fanny-Maude Urfer, auteure de cette thèse, par Julie Achim et Miguel M. Terradas, professeurs au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke ainsi que par Karin Ensink, professeure à l'École de psychologie de l'Université Laval. Il a été soumis pour publication en décembre 2013 à la revue française *Devenir* et a été publié dans le troisième volume du numéro de septembre 2014. Dans la présente thèse, l'article est présenté dans le format sous lequel il a été soumis à cette revue. En voici la référence :

Urfer, F.-M., Achim, J., Terradas, M. M., & Ensink, K. (2014). Capacité de mentalisation parentale et problématiques pédopsychiatriques : perspectives théorique et clinique. *Devenir*, 26, 227-251.

Le second article présente les résultats d'une étude empirique portant sur la FRP de mères et de pères consultant en pédopsychiatrie pour leur enfant âgé de 20 à 60 mois. Il s'agit d'une étude exploratoire s'inscrivant dans le cadre d'une recherche plus vaste réalisée au Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. Cette étude présente les résultats obtenus au *Parental Development Interview-Revised* (PDI-R; Slade et al, 2002), une entrevue semi-structurée présentée en Appendice (A), menée auprès de 10 mères et 3 pères. L'article présente l'évaluation et la description de la FRP globale et la FRP reliée à certains thèmes chez les parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie et documente leur expérience affective parentale. Il met également en lumière des différences entre les mères et les pères au plan de leur FRP ainsi que certaines différences entre les parents qui obtiennent de meilleurs et de moins bons scores de FRP. Voici la référence de cet article qui a été soumis en avril 2015 et accepté pour publication sans demande de modification en mai 2015 à la revue *Devenir*. Il est actuellement sous presse et paraîtra dans le numéro de septembre 2015. Il a été rédigé par Fanny-Maude Urfer, auteure de la thèse et par Julie Achim, Miguel M. Terradas et Claud Bisailon, tous trois professeurs au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, ainsi que par Karine Dubois-Comtois, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et par Alain Lebel, pédopsychiatre. En voici la référence :

Urfer, F.-M., Achim, J., Terradas, M. M., Bisaillon, C., Dubois-Comtois, K., & Lebel, A. (2015). *Fonction réflexive de parents d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie : une étude exploratoire*. Manuscrit sous presse.

**Chapitre I - Capacité de mentalisation parentale et problématiques
pédopsychiatriques : perspectives théorique et clinique**

CAPACITÉ DE MENTALISATION PARENTALE ET PROBLÉMATIQUES
PÉDOPSYCHIATRIQUES : PERSPECTIVES THÉORIQUE ET CLINIQUE

Fanny-Maude URFER
B. Sc., doctorante en psychologie,
Université de Sherbrooke

Julie ACHIM
PH.D., Psychologue clinicienne et Professeure,
Département de psychologie, Université de Sherbrooke

Miguel M. TERRADAS
PH.D., Psychologue clinicien et Professeur,
Département de psychologie, Université de Sherbrooke

Karin ENSINK
PH.D., Professeure
École de psychologie, Université Laval

COORDONNÉES DE CORRESPONDANCE :

Fanny-Maude Urfer
Département de psychologie
Université de Sherbrooke - Campus de Longueuil
150 place Charles-Le Moyne, bureau 200
Longueuil, Québec, Canada
J4K 0A8

CAPACITÉ DE MENTALISATION PARENTALE ET PROBLÉMATIQUES PÉDOPSYCHIATRIQUES :
PERSPECTIVES THÉORIQUE ET CLINIQUE

Le nombre important d'enfants consultant en pédopsychiatrie incite à se pencher sur les facteurs pouvant contribuer au développement d'une psychopathologie. L'un d'eux concerne la capacité de mentalisation, soit la capacité à percevoir et interpréter son propre comportement et celui d'autrui en fonction d'états mentaux. Étant donné que cette capacité se développe suivant, notamment, la qualité du contexte relationnel au sein duquel évolue l'enfant, il apparaît pertinent de considérer cette capacité chez les parents. Ainsi, cet article propose une réflexion théorique et clinique quant à la capacité de mentalisation des pères et des mères d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie.

Mots-clés : Mentalisation, pédopsychiatrie, parentalité

PARENTS' MENTALIZING CAPACITIES AND CHILD PSYCHIATRY : THEORETICAL AND
CLINICAL PERSPECTIVES

The high number of children consulting in child psychiatry raises questions about the development of psychopathology. A variable of interest concerns mentalization or the capacity to perceive and interpret behaviors in terms of mental states. Since the development of mentalization is highly influenced by the parent-child relationship, it appears important to gather information about parent's mentalizing capacities. This article aims to present a theoretical and clinical reflection about mentalizing capacities in fathers and mothers of preschool-aged children consulting in child psychiatry.

Key words : Mentalisation, child psychiatry, parenthood

Au Canada, la prévalence des troubles psychiatriques chez les enfants est élevée : 14 % des enfants âgés de 5 à 17 ans seraient atteints de tels troubles, ce qui équivaut à plus de 800 000 enfants. Boyle et Georgiades (2010) recensent que les troubles liés à l'anxiété seraient les plus nombreux (6,4 %), suivis du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (4,8 %), du trouble des conduites (4,2 %) et enfin, de la dépression (3,5 %). Concernant les enfants d'âge préscolaire, une étude de Breton, Chiniara et Berthiaume (1996) portant sur les dossiers de 238 enfants suivis au département de psychiatrie de l'Hôpital Ste-Justine de Montréal (Québec, Canada) a permis de faire ressortir la distribution des troubles mentaux chez ces enfants. Puisque l'ensemble des dossiers d'enfants suivis ont été inclus dans le cadre de cette étude, il est valable de considérer qu'elle dépeint un portrait juste de la prévalence des différents troubles observés en clinique pédopsychiatrique chez les enfants de 0 à 4 ans. Parmi les 238 enfants dont les dossiers ont été étudiés, 182 d'entre eux présentaient un trouble ou plus (76,4 %) et le taux de comorbidité observé chez ces 182 enfants s'élevait à 24,7 %. Les troubles d'adaptation figuraient parmi les plus fréquents (incluant les états transitionnels dus à une situation éprouvante; 73 %), suivis des troubles du développement (incluant les cas d'autisme; 61 %), des troubles anxieux (incluant les phobies, l'angoisse de séparation, l'évitement, la réaction dépressive prolongée et l'immaturité affective; 31 %), des troubles relationnels familiaux (22 %) puis des troubles extériorisés (incluant les troubles déficitaires de l'attention, les troubles des conduites et le trouble de comportement; 14 %). Ces données démontrent que les troubles psychiatriques chez les

enfants constituent un problème de santé publique d'envergure ayant des répercussions sur leur qualité de vie ainsi que sur celle de leurs familles et générant un coût important pour la société.

Parmi les différents facteurs de risque et de protection associés aux pathologies psychiatriques chez les enfants d'âge préscolaire, on retrouve entre autres l'histoire développementale de l'enfant, son tempérament ainsi que la stabilité des contextes social et familial au sein desquels il évolue (Flouri, Tzavidis, & Kallis, 2010). La capacité de mentalisation, soit la capacité à percevoir et interpréter son propre comportement et celui des autres en fonction de divers états mentaux (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004), est considérée comme un facteur fort important, même si elle demeure à ce jour peu étudiée au sein de populations pédopsychiatriques. En effet, les quelques études empiriques ainsi que les travaux théoriques et cliniques disponibles permettent de constater qu'il y a un dénominateur commun chez des enfants atteints de diverses psychopathologies, à savoir un déficit au plan de la capacité de mentalisation. Ce déficit génère chez ces enfants des problèmes dans les sphères sociale et relationnelle ainsi que des difficultés dans la régulation de leurs émotions (Allen & Fonagy, 2006, 2007; Sharp, Fonagy, & Goodyer, 2008; Slade, 2005; Verheugt-Pleiter, Zevalkink, & Schmeets, 2008). Des cliniciens du Québec et d'ailleurs abondent en ce sens, ayant remarqué chez les enfants consultant en pédopsychiatrie un fonctionnement psychique et relationnel axé sur l'agir plutôt que sur la pensée, la parole et la symbolisation (Achim, 2009; Verheugt-Pleiter et al., 2008). On peut penser par exemple à des jeunes atteints de troubles extériorisés (trouble de comportement, trouble déficitaire de l'attention, trouble

oppositionnel avec provocation) qui s'expriment de manière colérique ou agressive à défaut de pouvoir identifier leurs états mentaux et réguler leurs affects. Cliniciens et chercheurs constatent qu'il serait par conséquent difficile pour ces enfants de profiter des traitements thérapeutiques dits classiques et soulignent l'importance de mettre en place des interventions tenant compte du niveau de développement de la capacité à mentaliser (Achim, 2009; Sharp et al., 2009; Verheugt-Pleiter et al., 2008).

La capacité de mentalisation : définition et bref historique

La *capacité de mentalisation* désigne la capacité à percevoir et interpréter son propre comportement et celui des autres en terme d'états mentaux. Cela implique donc de concevoir que tout comme soi, les autres possèdent un monde interne constitué d'états mentaux tels que des sentiments, des pensées, des besoins, des désirs, des intentions et des motivations qui leur sont propres et que les actions d'une personne peuvent être prévisibles ou justifiées en fonction des états mentaux qui l'habitent (Fonagy & Target, 2006; Fonagy, Gergely, & Target, 2007; Slade, 2005). La *fonction réflexive*, qui renvoie à une définition opérationnelle de la capacité de mentalisation (Blatt, Auerbach, & Behrends, 2008; Fonagy, Steele, Steele, Moran & Higgitt, 1991), désigne également la capacité d'un individu à envisager une situation donnée selon différents points de vue et perspectives. Cette flexibilité mentale permet de se représenter une situation de plusieurs manières pour s'ouvrir à la possibilité que différentes intentions puissent être à l'origine d'un même comportement.

Lorsqu'il mentalise adéquatement, l'individu conçoit qu'il se représente la situation à sa façon, avec toute la subjectivité et les a priori que cela suppose. De ce fait, il peut traiter ses propres idées et affects et ceux des autres comme des *représentations mentales* plutôt que comme des copies fidèles de la réalité externe (Fonagy & Target, 1997; Target & Fonagy, 1996). En ce sens, mentaliser désigne une activité mentale imaginative et les hypothèses élaborées doivent être multiples : un indicateur d'une capacité de mentalisation bien développée est d'ailleurs la conscience qu'on ne peut savoir ce qu'il y a dans la pensée de l'autre, qu'on ne peut qu'avoir des hypothèses qui se doivent d'être validées auprès d'autrui (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004; Fonagy, Gergely, & Target, 2007). Ainsi, la capacité à réfléchir aux nombreuses et différentes possibilités d'états mentaux chez autrui dépend de la capacité à se les représenter. Elle constitue un jalon de développement fondamental chez le jeune enfant, apparaissant autour de l'âge de quatre ans (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008).

Le caractère *représentationnel* des états mentaux implique que la représentation renvoie ou est à propos de quelque chose, c'est-à-dire que l'on peut avoir en tête l'idée de quelque chose qui n'est pas concrètement présent (Allen et al., 2008). La capacité représentationnelle permet donc de libérer la pensée de la réalité concrète et d'aller au-delà des représentations perceptuelles, c'est-à-dire des représentations basées exclusivement sur les aspects concrets des perceptions (Perner, 1991; Allen et al., 2008).

Le concept de mentalisation est issu d'une tradition psychanalytique axée sur la vision de la pensée comme constituant un passage entre la sensation d'une pulsion

incontrôlable et la recherche de l'objet de satisfaction (Allen et al., 2008). Bion (1962) avait préalablement proposé de concevoir la pensée comme moyen de contenir et tolérer la frustration inhérente aux pulsions, ce qui souligne la fonction hautement adaptative de la mentalisation : moduler les besoins et émotions pour les rendre gérables (Allen et al., 2008). Selon Fonagy (1991), la capacité de mentalisation serait donc au coeur de la pensée humaine et elle se développerait dans le contexte de la relation d'attachement unissant l'enfant à sa mère (ou à sa principale figure de soin). C'est une étude empirique de Fonagy, Steele et Steele (1991) qui a en premier lieu démontré le fait que la capacité de mentalisation parentale prédit le style d'attachement de l'enfant. Dans une étude longitudinale, ils ont montré que chez 75 % des femmes enceintes, l'évaluation de la fonction réflexive de la mère en devenir dans un contexte d'attachement pendant la grossesse (telle que mesurée par l'*Adult Attachment Interview* ou AAI) permet de prédire la nature du patron d'attachement entre la mère et son enfant de 12 mois. De ce fait, la qualité de la fonction réflexive du parent prédit le style d'attachement de l'enfant et si cet attachement est sécurisé, il favorisera le bon développement de la mentalisation (Verheugt-Pleiter et al., 2008).

À la même époque, au cours des années 80 à 90, de nombreuses études empiriques ont permis de mieux comprendre le développement normal de la capacité à tenir compte de ses propres états mentaux et de ceux des autres pour comprendre et prédire un comportement, en référant le plus souvent à la notion de *théorie de l'esprit* (Allen & Fonagy, 2006; Fonagy et al., 1991; Slade, 2005). Premack et Woodruff (1978) ont mené les premières études portant sur cette théorie, connexe à la capacité de mentalisation. Les

deux concepts différents cependant, la théorie de l'esprit étant davantage centrée sur la dimension cognitive. En effet, on s'intéresse principalement à la capacité de l'enfant à prendre en compte les pensées d'une personne dans différents contextes donnés en considérant les indices dont cette personne dispose. La notion de capacité de mentalisation, quant à elle, implique la dimension cognitive mais également la dimension affective puisqu'elle concerne les états mentaux de toutes sortes, à savoir les pensées mais aussi les sentiments, les besoins, désirs et intentions. Ceci tient au fait que Fonagy et ses collègues se sont intéressés à la capacité de mentalisation dans un contexte de psychopathologie développementale en lien avec les relations d'attachement dysfonctionnelles, considérant ainsi tout autant la dimension affective que cognitive (Allen & Fonagy, 2006). Malgré les distinctions importantes entre ces deux concepts, les études portant sur la théorie de l'esprit ont largement contribué à la compréhension du développement de la capacité de mentalisation chez le jeune enfant.

Parmi les travaux consacrés à la théorie de l'esprit, une étude empirique de Dunn, Brown, Slomkowski et Tesla (1991) a fait ressortir que de jeunes enfants performant mieux au regard de la théorie de l'esprit lorsqu'ils sont issus de familles qui discutent fréquemment des relations sociales en terme d'émotions et de causalité. Cette étude démontre l'importance de se pencher sur le rôle des interactions familiales dans le développement de la compréhension des émotions et de la compréhension cognitive du lien entre les pensées, les actions et les croyances (Dunn et al., 1991).

Ainsi, à partir de l'étude pionnière de Fonagy, Steele et Steele (1991), un large bassin de travaux théoriques, empiriques et cliniques se sont consacrés à l'élaboration de la notion de mentalisation. Cette étude a également ouvert une question fondamentale, à savoir l'origine du développement de cette capacité, en faisant le lien entre la fonction réflexive du parent, le style d'attachement mère-enfant et la mentalisation chez l'enfant. Certaines études empiriques axées sur la conceptualisation du développement des relations d'objet chez l'enfant ont ensuite vu le jour, prenant en considération l'expérience du parent (Allen & Fonagy, 2006). Ainsi, le concept de mentalisation accorde une place importante à la relation émotionnelle de l'enfant avec des figures significatives (Target & Fonagy, 1996). Slade (2005) s'est intéressée à cet aspect de la capacité de mentalisation en introduisant le concept de *fonction réflexive parentale*, une notion qui désigne la capacité du parent à comprendre les comportements de son enfant au regard des états mentaux et des intentions qui habitent ce dernier. Cette capacité du parent se traduit par son aptitude et sa propension à réfléchir à l'expérience de son enfant ainsi qu'à la sienne, en tant que parent. Le récit que fait le parent de sa relation avec son enfant permet la mesure de la qualité de sa fonction réflexive parentale. Mentionnons enfin que les récents travaux de recherche menés par Fonagy et ses collègues tendent à inclure la notion de cognition sociale, cette notion contribuant grandement à l'acquisition d'une meilleure compréhension de la capacité de mentalisation. L'auteur propose même de concevoir la mentalisation comme une forme de cognition sociale, se déployant spécifiquement dans le contexte des relations d'attachement parent-enfant et amoureux (Sharp, Fonagy & Goodyer, 2008).

La relation parent-enfant et le développement de la capacité de mentalisation

Si l'enfant présente une certaine prédisposition innée à développer sa capacité de mentalisation, sa capacité à réfléchir à ses propres états mentaux ainsi qu'à ceux des autres se développe dans le contexte de la relation qu'il entretient avec sa principale figure d'attachement, habituellement le parent (Fonagy et al., 1991; Slade, 2005). Le processus par lequel le développement de la mentalisation se déploie s'inscrit dans l'interaction affective entre le parent et l'enfant, laquelle s'avère quasi constante. Il sera plus facile pour l'enfant d'apprendre à mentaliser s'il bénéficie d'un attachement sécurisé (Ainsworth, 1989), c'est-à-dire d'un lien émotionnellement significatif et suffisamment stable impliquant la recherche de proximité et la possibilité d'utiliser cette figure d'attachement comme base sécurisante en cas de détresse.

Le développement de la capacité de mentalisation au regard de la qualité des interactions précoces parent-nourrisson

Pour assurer le développement de la capacité de mentalisation de l'enfant, il est essentiel que le parent le considère dès sa naissance comme un être habité par des désirs, des besoins et des sentiments qui motivent son comportement. Meins (1997) réfère à *l'orientation mentale maternelle* (en anglais : *Maternal Mind-Mindedness*) pour désigner la tendance de la mère à traiter son enfant comme un être ayant une pensée plutôt qu'une entité définie uniquement par des besoins devant être comblés. En ce sens, il importe

que le parent considère que son enfant a le potentiel de devenir éventuellement un *agent psychologique*, c'est-à-dire un être capable de réfléchir à ses propres buts, intentions et croyances ainsi qu'à ceux des autres, pour qu'il puisse développer sa capacité de mentalisation (Perner, 1991; Sharp & Fonagy, 2008). Le parent répond adéquatement à l'enfant en lui reflétant ses états mentaux, grâce à une version « digérée » de son expérience. Il s'adresse à lui au moyen de mots et de mimiques faciales traduisant sa propre compréhension de l'état mental qui habite l'enfant, l'aidant ainsi à intégrer son expérience affective. Ce faisant, il donne un sens au comportement de l'enfant et lui transmet cette interprétation par sa parole, par l'intonation de sa voix et par ses gestes appropriés (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Plus tard, c'est à travers une expérience de jeu sécurisante se déroulant avec un parent que la mentalisation pourra continuer à se développer (Target & Fonagy, 1996). En s'appuyant sur leurs observations cliniques, Target et Fonagy (1996) soutiennent qu'une figure d'attachement sécurisante qui, en contexte de jeu, identifie et renvoie à l'enfant ses états mentaux sous une forme recevable, aide ce dernier à établir le lien entre la réalité et ce qu'il met en scène. En saisissant mieux son monde interne ainsi que le monde qui l'entoure, l'enfant en arrivera à se comprendre lui-même et à développer son *self*, soit sa propre identité. Le parent lui permet ainsi d'appréhender le monde en termes d'idées et d'émotions, à partir de situations de la vie quotidienne et du jeu. Le type d'attachement du parent (sécurisé ou non) teintera la nature de sa réponse qui sera plus ou moins sensible, chaleureuse et adaptée vis-à-vis des expériences et du jeu de l'enfant. En effet, un parent dont l'attachement est sécurisé identifiera mieux les signaux d'attachement (et de

détachement) de son enfant et y répondra plus rapidement et adéquatement qu'un parent dont l'attachement est insécurisé.

Lorsque le parent reflète à son enfant une version « digérée » de ses états mentaux, il utilise ce qu'on appelle la *fonction miroir*, notion proposée à l'origine par Winnicott (1971). Pour que la rétroaction du parent permette à l'enfant de graduellement prendre conscience de ses états mentaux, il importe que l'interaction parent-enfant se déroule de façon harmonieuse et que la réponse du parent soit suffisamment *contingente*, *congruente* et *différenciée*. D'abord, la contingence renvoie au fait d'émettre une réponse dans un délai suffisamment court pour que l'enfant comprenne que son comportement ou son état mental est lié à la réponse de son parent (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004). Ainsi, si le parent reflète assez rapidement à l'enfant une version « digérée » de l'expérience émotionnelle qu'il a vécue, ceci lui permet de concevoir qu'il existe une relation entre ses sensations internes et la façon dont elles lui sont reflétées (Verheugt-Pleiter et al., 2008). Ensuite, le reflet doit être congruent en règle générale, c'est-à-dire qu'il doit correspondre à l'expérience de l'enfant. Lorsque le reflet est erroné, il n'y a pas de correspondance entre l'expérience interne de l'enfant et l'interprétation que le parent en fait. À titre illustratif, on peut donner l'exemple d'une mère interprétant un comportement de l'enfant comme agressif alors que ce dernier exprimait de l'excitation (Allen et al., 2008). Bien que des erreurs occasionnelles soient normales, la récurrence de ce type d'erreurs peut faire en sorte que l'enfant n'aura pas l'occasion de reconnaître ses états mentaux. Conséquemment, il sera à risque d'internaliser un *self* étranger, c'est-à-dire une identité construite à partir des projections de son parent, découlant d'une

correspondance entre son expérience intérieure et l'interprétation erronée qui lui aura été transmise. Enfin, la différenciation signifie que le parent doit transmettre clairement à l'enfant que l'état renvoyé n'est pas son état à lui, mais bien celui de l'enfant. Par exemple, si l'enfant est débordé par une grande tristesse et qu'à la vue de son enfant qui pleure, le parent pleure aussi intensément que lui, l'enfant pourra interpréter que son expérience interne s'est transmise au parent de manière contagieuse (Allen et al., 2008). Ceci sera effrayant et potentiellement traumatique pour l'enfant. Ainsi, la réponse adaptée du parent permet à l'enfant d'apprendre graduellement à s'autoréguler, c'est-à-dire à mieux connaître ses pensées et émotions, à reconnaître ce qui les suscite et de ce fait, à prendre une distance face à son expérience psychique pour la gérer. Si la réponse du parent est identique à celle de l'enfant, soit non différenciée, ce dernier demeurera débordé par son émotion et pourra avoir l'impression qu'il n'y a aucune régulation possible, ce qui peut être apeurant. Au contraire, si le reflet du parent répond aux conditions de contingence, de congruence et de différenciation, ce dernier aura une fonction contenante et aidera l'enfant à réguler ses émotions tout en développant la capacité à se représenter ses expériences internes (Fonagy & Target, 2007). On peut ici donner l'exemple d'une mère qui interprète les pleurs de son enfant comme une indication qu'il souhaite que sa couche soit changée (Verheugt-Pleiter et al., 2008). Elle reconnaît alors l'expérience de l'enfant et l'interprète adéquatement à la lumière d'un besoin (congruence). Elle s'occupe du bébé dans un délai suffisamment court, ce qui permet au bébé d'associer le changement de couche au besoin qu'il a exprimé (contingence). Enfin, en verbalisant le besoin du bébé (différenciation), la mère aide

l'enfant à établir un lien entre son action à elle et l'expérience du bébé. Ceci aide l'enfant à développer une représentation mentale de son expérience affective (ses pleurs) liée initialement à un inconfort au plan physique (besoin de changer la couche). La multiplication de ce genre d'échanges avec le parent contribuera à une régulation émotionnelle aisée puisqu'elle permet à l'enfant de reconnaître ses émotions et ses expériences internes.

L'importance de la contingence, de la congruence et de la différenciation des réponses du parent a été démontrée empiriquement. Fonagy et Target (2007) rapportent que des études ont eu recours à une procédure de "visage impassible" (en anglais: *still-face procedure*), ce qui implique qu'un adulte cesse d'interagir de manière contingente, congruente et différenciée avec un nourrisson pendant deux minutes, en maintenant un contact visuel mais en présentant une expression faciale immobile. Le constat se dégageant de ces études était que les nourrissons préféraient un autre visage à celui présenté dans l'expérimentation et ce, pendant au moins 12 mois suivant cette dernière. Ceci a permis de mettre en lumière l'importance des réponses adaptées de la part du parent. Fonagy et Target (2007) suggèrent que des conséquences négatives peuvent découler d'une interaction continuellement dépourvue de contingence, de congruence et de différenciation, comme dans l'expérience du visage impassible. En effet, c'est alors à la fois l'adulte, le *self* de l'enfant créé dans le regard de l'adulte de même que le monde que l'enfant et l'adulte tentaient de construire ensemble qui menacent de s'écrouler. À l'instar de Fonagy et Target (2007), Slade (2005) souligne que l'interaction parent-enfant

demeure également fondamentale à des âges subséquents, tandis que l'enfant se développe à travers des expériences de jeu ou des discussions.

En plus de lui apprendre à se réguler, la fonction miroir permet à l'enfant de développer des *représentations mentales* de ses états mentaux. Allen et ses collaborateurs (2008) donnent l'exemple du parent qui renvoie au nourrisson sa détresse avec une certaine dramatisation dans la voix ou imite sa frustration tout en démontrant son souci envers lui. Le parent reflète donc à l'enfant son expérience de façon presque exacte mais légèrement différente, ce qui rend possible le développement d'une représentation de son expérience. La représentation est possible grâce à ce décalage - ou à la différenciation - qui transmet à l'enfant que le parent est conscient de son état mental et que le parent n'exprime pas son propre état mental, mais bien celui de l'enfant (Allen et al., 2008). Ici encore, c'est donc grâce aux reflets contingents, congruents et différenciés du parent que l'enfant aura l'occasion de faire des liens entre ses sensations et les états mentaux qui les motivent. Par conséquent, il parviendra à comprendre et à se représenter son monde interne (Fonagy et al., 1991).

C'est ainsi que l'enfant accèdera à une capacité de mentalisation en développant, grâce à la pensée de sa figure d'attachement, une représentation de lui comme étant un être motivé par des pensées, des sentiments et des intentions (Fonagy & Target, 2006; Meins, Fernyhough, & Russell, 1998; Slade, 2005). Target et Fonagy (1996) ont recours à la notion de relation d'objet pour expliquer ce phénomène, c'est-à-dire à la manière dont l'individu entre en relation avec son monde. Le parent, grâce à certains de ses

processus interactionnels et linguistiques complexes, permettra à l'enfant de réaliser que son comportement - et ceux des autres - sera mieux compris en termes d'idées et de croyances, de sentiments et de désirs. Ces auteurs donnent l'exemple d'une mère sensible qui adresse des questions au nouveau-né en ayant en tête des hypothèses quant à l'état mental de l'enfant : plutôt que de demander à son bébé si sa couche est sale, elle lui demandera s'il a envie que sa couche soit changée. La différence entre les deux formulations est subtile : dans la première, on réfère à un état de fait tandis que dans la deuxième, on renvoie à un désir, sous-entendant ainsi que l'on peut faire l'expérience d'un état mental dans un contexte donné. De ce fait, « au cœur de la relation à l'objet, on retrouve la capacité de l'objet à créer un monde pour l'enfant, monde dans lequel il pourra faire l'expérience de lui-même en tant qu'être qui ressent des émotions, entretient des désirs et une pensée [traduction libre]. » (Target & Fonagy, 1996, p. 461).

Phases développementales de la capacité de mentalisation chez l'enfant : les modes prémentalisans et le mode réflexif

Lorsque l'enfant bénéficie d'une interaction avec un parent sensible qui lui transmet une rétroaction adaptée au sujet de ses états mentaux, il développe graduellement sa capacité à mentaliser. Selon le modèle de Fonagy et Target (1996, 2000, 2007; Target & Fonagy, 1996), on assiste d'abord à l'apparition de modes de pensée qui précèdent la mentalisation. Il s'agit des modes de pensée *prémentalisans*, à savoir le mode de pensée *d'équivalence psychique* (en anglais : *psychic equivalence*) et le mode de pensée *fictif* (en

anglais : *pretend mode*). Lorsqu'il adopte le mode de pensée d'équivalence psychique, l'enfant discerne difficilement la frontière entre son monde interne et la réalité extérieure. Ainsi, l'enfant croit que ses pensées et croyances sont le reflet direct du monde externe : les mondes interne et externe sont interchangeableables. L'enfant croit alors à une conscience partagée par tous selon laquelle ce qu'il pense est su par l'autre et ce que l'autre pense lui est accessible. Ceci peut générer beaucoup d'anxiété puisque l'enfant peut également croire que ce qui l'habite a un impact direct sur la réalité externe. Par exemple, il pourra se sentir coupable d'une situation qu'il aurait secrètement souhaitée, croyant son désir à l'origine de la réalisation de cet événement. Dans le mode de pensée fictif, l'enfant développe une réalité qui lui appartient, séparée du monde externe. Dans ce contexte, il sera capable de mettre en scène des jeux qui lui permettront d'explorer une myriade de situations et de développer des aptitudes sans avoir à ressentir l'anxiété qui accompagne les situations vécues dans le monde réel. Cependant, l'enfant sera incapable de faire coexister, dans sa pensée, la réalité externe et le monde qu'il invente dans un contexte de jeu. Ainsi, si son attention est détournée de son monde fictif et redirigée vers la réalité, le monde fictif sera abandonné, la réalité ayant préséance sur ce dernier. Fonagy et Target (2007) donnent l'exemple d'un enfant qui joue à faire semblant qu'une chaise est un char d'assaut. Lorsqu'il se fait demander s'il s'agit d'une chaise ou d'un char d'assaut, l'enfant cesse le jeu et quitte la scène, incapable de faire coexister les deux réalités dans sa pensée. Les modes de pensée fictif et d'équivalence psychique donnent lieu à des façons relativement limitées de concevoir le monde. Ces modes dits prémentalissants se développent de manière parallèle au sein de la pensée de

l'enfant avant de s'intégrer vers l'âge de 4 ou 5 ans et laisser place à un mode de pensée *réflexif* ou mentalisant. Ce dernier permettra de traiter les idées comme des représentations mentales, sans risque de confondre ou de dissocier la pensée et la réalité externe puisque les modes de pensée prémentalisans seront intégrés.

Le développement de la capacité de mentalisation au regard des interactions parent-enfant

Target et Fonagy (1996) ont observé dans un contexte clinique que le parent joue un rôle essentiel dans le développement de l'intégration des modes d'équivalence psychique et fictif, en aidant l'enfant à cheminer à travers chacun de ces deux modes. Par exemple, pour éviter que l'enfant ne reste coincé dans un mode d'équivalence psychique par rapport à une idée ou un fantasme précis, c'est-à-dire en faisant l'expérience de sentiments d'une intensité qui aurait été attendue si l'expérience avait été réelle, le parent pourra lui venir en aide en « jouant » avec les diverses émotions associées à cette idée ou ce fantasme. Grâce au soutien de son parent, l'enfant parviendra à vivre les émotions d'une manière qui ne sera pas envahissante. De ce fait, il apprendra à faire la distinction entre le jeu, appartenant au monde des idées et des représentations, et la réalité. Ceci lui permettra d'appivoiser son monde émotionnel.

Une étude de Katz et Windecker-Nelson (2004) fait ressortir que la capacité de l'enfant à s'adonner à un jeu dit "de haut niveau", c'est-à-dire un jeu au cours duquel l'enfant parvient à rester engagé avec l'autre à travers le jeu, serait associée à la

conscience des émotions développée de la mère (définie par sa reconnaissance de l'expérience émotionnelle de son enfant, son intérêt et son aisance vis-à-vis des questions et situations impliquant des émotions). Ces mères aideraient leurs enfants à reconnaître des changements subtils au sein du climat émotionnel de leur jeu, ce qui permettrait à ces derniers de s'adapter aisément aux changements d'affect inattendus se produisant dans les jeux dits de haut niveau, maintenant ainsi une haute qualité d'interaction (Katz & Windecker-Nelson, 2004). Cette étude illustre donc bien l'impact positif d'un parent qui est apte à se prêter à l'exploration des états affectifs de son enfant, lui apprenant ainsi à les reconnaître et à les utiliser dans le cadre d'interactions sociales. Bien que cette étude s'inscrive dans un cadre conceptuel différent (celui de la reconnaissance de l'expérience émotionnelle) et qu'elle n'évalue pas spécifiquement la capacité de mentalisation parentale, elle fournit un appui indirect aux propos de Target et Fonagy (1996) à l'effet que l'enfant intègre les modes de pensée prémentalisans grâce au reflet de ses états mentaux dans un contexte de jeu sécurisant.

Fluctuations de la capacité de mentalisation parentale et développement de la capacité de mentalisation de l'enfant

La capacité de l'enfant à mentaliser dépend donc de la qualité de la capacité de mentalisation parentale, c'est-à-dire de la capacité de mentalisation du parent *dans le contexte de la relation avec son enfant*. Cette distinction s'avère importante puisque l'intégration des modes dits prémentalisans ne présuppose pas que le mode de pensée

réflexif soit accessible en tout temps. En effet, même lorsque la capacité de mentalisation est pleinement développée, il arrive qu'un individu privilégie à nouveau un mode de pensée d'équivalence psychique ou fictif. Une grande activation émotionnelle peut susciter l'échec de la régulation d'un comportement par la mentalisation. Ceci ne traduit pas nécessairement une pauvre capacité de mentalisation; il est normal d'assister à une différence dans le niveau de fonctionnement lorsque l'on compare une situation génératrice de stress avec une autre, qui n'en génère pas (Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012). À cet effet, une étude de Smeets, Dziobek et Wolf (2009) fournit un certain appui à l'idée qu'une réponse de stress affecte la capacité de mentalisation en démontrant que des femmes réactives au cortisol (hormone du stress) faisaient davantage d'erreurs relatives aux cognitions sociales comparativement aux moments où elles étaient calmes. De façon similaire, même un parent "suffisamment bon" au plan de sa capacité de mentalisation parentale ne sera pas en mesure de répondre adéquatement à son enfant dans toutes les situations. Cependant, dans le contexte où le parent sera généralement capable d'offrir à l'enfant une réponse contingente, congruente et différenciée, ces erreurs de mentalisation demeureront peu dommageables puisque l'enfant puisera dans ce contexte relationnel les bases nécessaires au développement de la capacité à mentaliser.

Le stress entravant la capacité de mentalisation peut être généré soit par une situation ou par un contexte relationnel particuliers. Un stress situationnel suscitera une réponse de combat, d'évitement ou de stupeur (en anglais : *fight, flight or freeze*), activant des patrons cérébraux dits en mode *automatique*, situés dans les structures corticales et sous-

corticales postérieures et caractérisés par des comportements instinctifs. La capacité de mentalisation sera alors désactivée tandis que les réactions physiques axées sur l'autoprotection domineront le comportement. Dans la situation inverse, lorsque les patrons cérébraux sont en mode dit *flexible*, c'est plutôt le cortex préfrontal qui sera activé et la capacité de mentalisation pourra alors servir de médiateur au comportement. Le seuil d'activation d'une réponse associée à un stress diffèrera d'un individu à un autre, étant plus bas chez un individu ayant été exposé précocement à des stress ou traumatismes. Ainsi, on peut penser que certains parents seraient plus enclins que d'autres à une activation non optimale de leur capacité de mentalisation, en fonction des stress et traumatismes auxquels ils ont été confrontés au cours de leur vie. D'un point de vue évolutionniste, il apparaît adaptatif de passer du mode de fonctionnement flexible au mode automatique pour réagir physiologiquement au danger. Or, ceci présente des inconvénients en situation de stress interpersonnel puisque l'individu qui ne mentalise plus au meilleur de ses capacités n'est plus aussi sensible à l'interaction ni à l'autre. Il arrive ainsi qu'un parent dont la capacité de mentalisation est normale régresse et adopte un mode de pensée prémentalisant. Ceci compromettra sa capacité à mentaliser les enjeux précis se déployant dans le cadre de l'interaction avec l'enfant. La capacité de mentalisation ne serait donc pas une aptitude ou un trait statique, mais plutôt une capacité dynamique influencée par le stress, surtout dans le contexte de relations d'attachement spécifiques (Allen et al., 2008; Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012).

Lorsqu'un parent présente globalement une pauvre capacité de mentalisation parentale, trois figures de cas sont possibles : soit il ne réfléchira pas ou peu aux états

mentaux de son enfant (donc sera inconstant), soit il le fera mais ne différenciera pas ses propres états mentaux de ceux de l'enfant, ou encore, il sera régulièrement incapable d'identifier l'état mental de son enfant. Or, si le parent présente une capacité de mentalisation inadéquate dans le contexte de la relation avec son enfant, l'enfant éprouvera des difficultés à saisir la nature de ses propres états mentaux et de ceux des autres, bref, à mentaliser (Allen et al., 2008). Ceci contribuera au développement de difficultés dans son fonctionnement psychosocial (Sharp & Fonagy, 2008). En effet, puisqu'il ne peut compter sur un feedback différencié, contingent et congruent, l'enfant tendra à vivre la réalité comme étant au reflet de ce qui l'habite (mode d'équivalence psychique) ou encore, à concevoir la réalité comme étant absolument distincte de ce qui l'habite (mode fictif). Ce manque d'intégration des modes prémentalisans rendra la tâche difficile à l'enfant en âge de développer des représentations mentales adaptées par rapport à ses expériences dans le but d'apprendre à s'autoréguler. Dans ce contexte, ses représentations mentales pourraient être précaires, voire absentes ou insuffisamment différenciées de celles de son parent. L'enfant pourrait 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).

Capacité de mentalisation parentale et capacité de mentalisation de l'enfant : un lien à explorer

Au plan empirique, le lien entre la capacité de mentalisation parentale et le développement de la capacité de mentalisation de l'enfant demeure, à ce jour, peu exploré. À notre connaissance, seule l'étude d'Ensink et de ses collaborateurs (soumis) s'y est intéressée et a démontré que la qualité de la capacité de mentalisation maternelle prédit celle de l'enfant et ce, tant au sein d'une population générale qu'en contexte de trauma. Cette étude a également permis d'établir que les enfants ayant subi un abus sexuel intrafamilial démontrent une capacité de mentalisation plus faible que les enfants n'ayant pas subi d'abus ou ayant subi un abus extrafamilial et ce, surtout au niveau de la mentalisation de soi. À la lumière de ces résultats, les auteurs soutiennent que la faible capacité de mentalisation des mères d'enfants ayant été abusés par un membre de la famille mine le développement de celle de l'enfant qui n'est, par conséquent, pas en mesure de se construire un sens de lui-même et de son identité. D'autres travaux s'y sont également intéressés, mais par le biais de concepts connexes, notamment celui des cognitions sociales. Sharp, Fonagy et Goodyer (2006) ont démontré que la capacité d'une mère à refléter efficacement les états psychologiques internes de son enfant serait associée à la capacité de l'enfant à développer des stratégies socio-cognitives efficaces, dépourvues de biais d'interprétation, et par conséquent une capacité de mentalisation riche. Les auteurs ont d'abord présenté des images de situations sociales de la vie quotidienne susceptibles de générer une détresse à 659 enfants d'âge scolaire (p. ex. une scène évoquant la solitude, le rejet, l'exclusion sociale, etc.). Pour chaque image, le participant devait s'imaginer à la place de l'enfant illustré et choisir une réponse parmi trois associées à différents styles d'attribution. Une variable *d'adéquation maternelle*

était ensuite déterminée en fonction de la capacité de la mère à anticiper le style d'attribution de l'enfant. Cette capacité d'anticipation de la mère constitue un indice de sa capacité de mentalisation car elle implique que la mère émette plusieurs hypothèses quant aux états mentaux de son enfant et parvienne ainsi plus facilement à les comprendre.

Les résultats de Sharp, Fonagy et Goodyer (2006) démontrent que l'adéquation maternelle est significativement corrélée à l'ajustement psychosocial de l'enfant. En effet, les enfants de mères démontrant une bonne adéquation maternelle présentent moins de symptômes psychopathologiques (dépressifs, anxieux et de troubles du comportement) et ceux de mères démontrant une faible adéquation maternelle privilégient un style d'attribution positif irréaliste. Ces résultats appuient donc l'idée qu'une mère ayant de la difficulté à anticiper le style d'attribution de son enfant présente généralement de pauvres aptitudes socio-cognitives, ce qui nuit au développement de telles aptitudes chez son enfant.

Somme toute, les travaux s'inscrivant dans une perspective socio-cognitive soutiennent l'idée qu'une capacité de mentalisation généralement pauvre chez la figure d'attachement est associée au risque que l'enfant développe des symptômes de psychopathologie (Katz & Windecker-Nelson, 2004; Sharp & Fonagy, 2008; Sharp, Fonagy, & Goodyer, 2006; Sharp & Venta, 2012; Slade, 2005). En effet, lorsque la mentalisation est pauvre, l'individu - parent ou enfant - peut être à risque de présenter des symptômes psychopathologiques. Par exemple, un patient dépressif pourrait être aux

prises avec l'idée qu'il est un perdant et que cette idée constitue l'unique vérité absolue (Allen et al., 2008).

Capacité de mentalisation du parent et psychopathologie de l'enfant

Quelques auteurs se sont attardés au lien existant entre une pauvre capacité de mentalisation et diverses psychopathologies (Sharp & Fonagy, 2008; Sharp, Fonagy, & Goodyer, 2006; Slade, 2005). Sharp et Venta (2012) se sont penchées sur la manière dont la capacité de mentalisation peut se présenter à travers différentes psychopathologies chez l'enfant. Elles ont ainsi identifié six manifestations-types de cette capacité, à savoir (a) une mentalisation adéquate; (b) une absence de mentalisation (en anglais: *mind-blindness*); (c) une sous-mentalisation, soit la capacité à réaliser certaines tâches associées à la théorie de l'esprit sans pour autant savoir faire preuve d'empathie, ce qui limite les possibilités de mentaliser adéquatement; (d) une hyper-mentalisation, définie par une activité mentale sur-interprétative qui résulte en l'attribution erronée d'états mentaux à autrui; (e) une mentalisation faussée, c'est-à-dire une mauvaise interprétation basée sur l'attribution d'états mentaux à autrui d'une manière systématiquement biaisée et enfin, (f) une pseudo-mentalisation, impliquant le recours à la mentalisation pour manipuler ou contrôler le comportement d'autrui plutôt que par curiosité authentique et dans une optique de respect envers la pensée des autres. Mis à part la mentalisation adéquate, il s'agit de cinq illustrations de défauts au plan de la capacité de mentalisation, se déployant de manières différentes en contexte social. Le

premier exemple d'une mentalisation inadéquate concerne l'absence de mentalisation et est observée plus spécifiquement chez les enfants atteints d'un trouble du spectre de l'autisme. Pour illustrer ceci, Sharp et Venta (2012) renvoient à une étude de Baron-Cohen (1995) démontrant les importantes difficultés que rencontrent les enfants autistes dans la réalisation d'une tâche de fausse croyance réussie par la majorité des enfants des groupes de comparaison. Ceci suggère que les enfants souffrant d'autisme présentent une mentalisation dite "aveugle" car ils ont de la difficulté à saisir la pensée d'un personnage dans un contexte donné. La notion de sous-mentalisation, second exemple, illustre la capacité des enfants autistes à néanmoins réussir certaines tâches de fausse croyance (Frith & Happé, 1994). L'hypermentalisation est quant à elle caractéristique des adolescents présentant un trouble de personnalité limite en devenir puisque ces jeunes ont tendance à tirer des conclusions hâtives à partir de situations sociales en interprétant de façon erronée certains signes sociaux démontrés par autrui (Sharp et al., 2011). La notion de mentalisation faussée, quatrième exemple, se manifeste chez les jeunes présentant un trouble des conduites qui ont tendance à attribuer des intentions hostiles aux autres lors de situations ambiguës, ce qui les pousse à réagir de façon agressive (Dodge et al., 2002). Le cinquième exemple concerne la notion de pseudo-mentalisation et est caractéristique des jeunes psychopathes chez qui la mentalisation se fait adéquatement au plan cognitif (bonne capacité à se représenter l'état mental d'autrui) mais est dépourvue d'empathie (Blair et al., 2006; Richell et al., 2003; Sharp, 2008). Ainsi, contrairement aux jeunes atteints de schizophrénie, ces adolescents parviennent à saisir la perspective d'autrui mais l'usage de cette capacité étant dépourvue d'empathie,

au profit de soi-même ou de la manipulation d'autrui, il s'agit plutôt de pseudo-mentalisation.

Psychopathologie de l'enfant : l'influence du tempérament et de l'environnement

Sharp et Venta (2012) mettent donc de l'avant le lien existant entre une pauvre capacité de mentalisation chez l'enfant et différentes psychopathologies. Concernant l'origine de ces psychopathologies, les auteures évoquent des caractéristiques propres à l'enfant telle son hypersensibilité, mais également des caractéristiques propres à l'environnement au sein duquel il évolue, soit un environnement invalidant, dépourvu d'un attachement parent-enfant sécurisé ainsi qu'une interaction parent-enfant impliquant une pauvre mentalisation. En ce sens, Fonagy (1995) soutient que trois conditions sont nécessaires pour qu'un enfant développe sa capacité de mentalisation. D'abord, l'enfant doit être habité par suffisamment de sentiments et de pensées. Ensuite, les processus de pensée de son parent doivent être centrés sur la réalité, c'est-à-dire sans dissociations, délires ou paradoxes et finalement, son parent doit lui refléter ses états mentaux. Or, on remarque souvent en milieu clinique que les parents d'enfants qui consultent en pédopsychiatrie ne remplissent pas ces deux dernières conditions, ce qui souligne l'importance de s'intéresser à la capacité de mentalisation des parents d'enfants consultant en pédopsychiatrie.

Divers facteurs peuvent influencer la capacité du parent à traiter son enfant comme un être habité par des états mentaux, notamment des caractéristiques propres à l'enfant

(p. ex. un tempérament difficile), au parent (p. ex. la présence d'une psychopathologie) ou encore une structure familiale chaotique (Fonagy & Target, 1997; Sharp & Fonagy, 2008). Parmi les caractéristiques propres au parent, sa capacité à mentaliser ressort comme un élément crucial pour mieux comprendre le développement de la capacité de mentalisation de l'enfant ainsi que d'éventuels symptômes psychopathologiques chez lui. En effet, dans une revue des travaux réalisés par Fonagy et ses collaborateurs, Slade (2005) reprend les concepts de fonction miroir et de *self* étranger pour illustrer que lorsque la mentalisation parentale est peu développée, l'enfant n'est pas considéré en fonction de qui il est vraiment mais plutôt à la lumière des perceptions et des distorsions de ses parents. L'auteure donne l'exemple de parents agressifs ne considérant pas l'expérience de leur enfant et laissant plutôt place à leurs propres sentiments de rage, de peur et de malveillance dans la relation à l'enfant. Ce dernier risquera alors de s'adapter dans ce contexte en s'identifiant à l'agresseur, ce qui constituera une adaptation nécessaire mais pathologique (Slade, 2005). Slade présente un second cas de figure où l'enfant souffre de l'absence d'une fonction miroir : l'enfant est laissé à lui-même et il fera alors l'expérience d'un monde interne stérile, inaccessible. Il sera ainsi à risque de développer un sens de soi fragmenté et d'éprouver des difficultés à faire l'expérience de relations durables et nourrissantes.

Ainsi, les états mentaux qui sont mal ou insuffisamment interprétés par la figure d'attachement, qui sont faussés, demeurent diffus, sont terrifiants ou ne sont pas adéquatement maintenus en tête par la mère avant d'être reflétés à l'enfant, et ce de façon régulière, seront difficilement digérables et modulables pour l'enfant. En d'autres termes,

quand les interactions parent-enfant ne sont pas suffisamment axées sur la contingence, la congruence et la différenciation, les états mentaux sont difficiles à reconnaître pour l'enfant qui peine alors à réguler ce qui l'habite, ce qui pourrait contribuer au développement d'une psychopathologie. Slade (2005) insiste donc sur les rôles essentiels du parent, qui devra interpréter, refléter et modérer la pensée de l'enfant afin de l'aider à digérer et moduler ses états mentaux. Ce constat souligne la pertinence de se pencher sur la fonction réflexive du parent telle qu'elle se manifeste dans la relation parent-enfant pour comprendre le développement de psychopathologies chez le jeune.

Capacité de mentalisation parentale déficitaire : un facteur de risque pour le développement de psychopathologies chez l'enfant

Une recension des écrits réalisée par Sharp et Fonagy (2008) permet de conclure que les enfants de parents démontrant une pauvre capacité de mentalisation présentent un risque important de développer une psychopathologie puisqu'ils ont moins d'occasions d'être exposés à une « rencontre des pensées » (en anglais : *meeting of minds*) avec leurs parents. Trois construits y sont considérés, à savoir la fonction réflexive, l'orientation mentale maternelle et la *philosophie de la méta-émotion parentale*, qui réfère à la métacognition du parent à propos des émotions ou à l'organisation des sentiments et pensées du parent à propos de ses propres émotions et de celles de son enfant (Gottman, Katz, & Hooven, 1996). Ces construits présentent des conceptualisations théoriques et empiriques différentes mais réfèrent tous les trois à la capacité du parent à réfléchir aux

pensées de l'enfant, ce qui les relie au concept de capacité de mentalisation parentale. Sharp et Fonagy (2008) proposent que ces construits sont associés à un même système socio-cognitif neurobiologique en référant à des études récentes basées sur des données de neuro-imagerie qui auraient permis d'identifier un système cérébral spécifiquement dédié à la capacité de mentalisation (pour une revue sur la question, voir Fletcher et al., 1995; Frith & Frith, 1999, 2003; Gallagher & Frith, 2003). Ainsi, ils supposent que les parents présentant une pauvre capacité de mentalisation pourraient altérer ce système neurobiologique chez leurs enfants, les rendant de ce fait vulnérables à la psychopathologie (Sharp et Fonagy, 2008).

En ce sens, une étude de Katz et Windecker-Nelson (2004) s'est penchée sur le concept de la philosophie de la méta-émotion parentale, selon laquelle certains parents auraient plus de facilité à prendre conscience de leurs propres émotions et de celles de leurs enfants que d'autres parents, et de ce fait, procureraient à leurs enfants un meilleur enseignement de la reconnaissance et de la gestion des émotions. Des entrevues portant sur les méta-émotions (capacité de sensibilisation et conscience à propos de ses propres émotions et de celles de son enfant) ont été réalisées auprès de mères d'enfants présentant un trouble de conduite et de mères d'enfants issus de la population générale. Les compétences sociales de l'enfant étaient ensuite mesurées à partir d'une séance de jeu entre l'enfant et un ami. Les résultats démontrent que de manière générale, les enfants dont les mères présentaient une conscience de leurs émotions et de celles de leur enfant adoptaient une meilleure attitude dans le cadre de l'interaction sociale, c'est-à-dire qu'on relevait moins de conversations et d'affects négatifs et moins d'interactions

déconnectées dans leur jeu, comparativement au jeu des autres enfants. Les mères issues du groupe de contrôle faisaient preuve d'une meilleure capacité à sensibiliser leurs enfants à différentes émotions comparativement aux mères du groupe clinique. Ainsi, une mère consciente de ses émotions enseignerait à son enfant à être attentif aux émotions des autres, à réguler ses émotions et à évaluer le climat affectif, de manière à ce que l'intensité des affects n'interfère pas avec le jeu continu (Katz et Windecker-Nelson, 2004).

Comme la philosophie de la méta-émotion parentale est un construit qui s'apparente étroitement au concept de capacité de mentalisation du parent (Sharp & Fonagy, 2008), les résultats obtenus par Katz et Windecker-Nelson (2004) soutiennent l'hypothèse selon laquelle les enfants de parents présentant une pauvre capacité de mentalisation seraient vulnérables face aux symptômes psychopathologiques. Ces parents présenteraient une pauvre conscience des émotions et une difficulté à les gérer, ce qui les pousserait à ignorer ou nier l'émotion de l'enfant, ou encore, à vouloir l'en distraire rapidement, espérant que ceci permettra une régulation émotionnelle. Le parent risquerait ainsi de transmettre à son enfant que les émotions sont peu importantes. Au contraire, face à l'expression d'une émotion négative chez l'enfant, les parents présentant une capacité de mentalisation bien développée verraient l'opportunité de partager un moment d'intimité avec l'enfant au cours duquel ils valideraient son émotion et lui transmettraient des stratégies pour composer avec la situation.

L'étude de Katz et Windecker-Nelson (2004) souligne l'importance de la capacité de mentalisation parentale dans le développement de cette capacité chez l'enfant ainsi que le risque que pose l'absence de cette variable par rapport au développement d'une psychopathologie chez le jeune. Or, l'étude se penche sur des enfants présentant spécifiquement des symptômes d'un trouble de conduite sans adresser d'autres psychopathologies et ne se penche que sur l'influence de la mère.

Transmission de la capacité de mentalisation : le rôle du père et de la mère

À ce jour, très peu d'auteurs se sont intéressés au rôle du père dans la transmission intergénérationnel de la capacité de mentalisation. À notre connaissance, seule l'étude d'Arnott et Meins (2007) s'y est penchée. Des pères et des mères ont été comparés sur le plan de leur fonction réflexive et de leur style d'attachement, évalués avant la naissance de l'enfant. Les résultats démontrent entre autres que l'attachement sécurisé du parent, sa fonction réflexive bien développée et la sécurité du lien avec son enfant seraient associés à une meilleure capacité à commenter les états mentaux de leur enfant de façon appropriée, et que ce lien serait plus fort chez les pères que chez les mères (Arnott & Meins, 2007). À l'instar des travaux d'Ensink et de ses collaborateurs (soumis), cette étude démontre la pertinence de poursuivre les travaux en ce sens afin de mieux saisir l'impact spécifique de la capacité de mentalisation du père sur le développement de la capacité de mentalisation de l'enfant et sur les difficultés qu'il présente.

Somme toute, considérant que les parents d'enfants consultant en pédopsychiatrie présentent souvent des difficultés à refléter leurs états mentaux à leurs enfants et considérant que leurs processus de pensée peuvent présenter des difficultés, nous soutenons l'importance de se pencher sur leur capacité de mentalisation respective – soit celle de la mère et celle du père - pour mieux comprendre l'impact de cette variable sur l'adaptation et les difficultés de l'enfant.

Conclusion

Cet article avait pour objectif de présenter les perspectives théoriques, cliniques et empiriques soulignant l'importance de se pencher sur la capacité de mentalisation des parents d'enfants consultant en pédopsychiatrie pour mieux comprendre les difficultés de leurs enfants.

Après avoir défini la notion de mentalisation et précisé les jalons du développement normal et pathologique de cette capacité chez l'enfant, nous avons présenté des résultats de recherche et des élaborations théoriques qui mettent en lumière l'importance du lien parent-enfant quant au développement de la capacité de mentalisation de ce dernier. Des notions essentielles à la compréhension de l'évolution de la fonction réflexive chez l'enfant, telles que l'orientation mentale maternelle, la fonction miroir, la contingence, la congruence et la différenciation, ont été abordées dans la perspective du normal et du pathologique.

Par ailleurs, les résultats de plusieurs recherches nous ont permis de constater que la capacité de mentalisation d'un individu varie en fonction du contexte et de la relation dans laquelle elle est activée. Étant une capacité de nature dynamique, elle est influencée par les diverses émotions pouvant être générées au sein d'une relation d'attachement spécifique. En effet, la capacité de mentalisation du parent n'est pas une variable stable et immuable. Tel que démontré par plusieurs études, lorsque la capacité de mentalisation du parent est pauvre ou distordue, elle constitue un facteur de risque important pour le développement d'une psychopathologie chez l'enfant. Ainsi, certaines recherches démontrent que les difficultés de mentalisation de l'enfant se manifestent de diverses manières à travers différentes problématiques, mais que la mentalisation demeure un facteur important à considérer pour mieux saisir les enjeux sous-jacents aux différentes psychopathologies.

Les enfants consultant en pédopsychiatrie semblent présenter un dénominateur commun, à savoir des difficultés au plan de la mentalisation qui se traduisent par la prédominance des modes de fonctionnement prémentalisans, soit l'équivalent psychique et fictif. Afin de mieux comprendre leurs difficultés, il apparaît important et éminemment instructif de s'intéresser à la capacité de mentalisation de leurs parents, tant à celle de leurs mères qu'à celle de leurs pères. En effet, la notion de mentalisation constitue une pierre angulaire pour orienter autant l'évaluation des enfants qui consultent en pédopsychiatrie que le développement de stratégies d'intervention prometteuses. L'exploration de la capacité de mentalisation des deux parents permettrait de mieux

comprendre leur influence sur le développement de cette capacité chez l'enfant ainsi que le déploiement des troubles psychopathologiques durant l'enfance.

- La *capacité de mentalisation* (CM) est la capacité à percevoir et interpréter son propre comportement et celui d'autrui en termes d'états mentaux (sentiments, pensées, besoins, désirs, intentions et motivations).
- Des chercheurs et des cliniciens ont identifié un dénominateur commun chez des enfants atteints de diverses psychopathologies, à savoir un déficit au plan de la CM. Par conséquent, ces enfants bénéficieraient peu des traitements thérapeutiques dits « classiques ».
- La CM se développe dans le cadre de la relation parent-enfant. Les interactions parent-enfant généralement axées sur la contingence, la congruence et la différenciation permettent à l'enfant de reconnaître ses états mentaux et de réguler les émotions qui l'habitent, ce qui est nécessaire à son bon développement.
- Quelques travaux empiriques réalisés auprès d'enfants atteints de diverses psychopathologies ont démontré que ces enfants ainsi que leurs mères présentent une pauvre CM. Peu de travaux se sont intéressés à ce jour à la CM des pères de ces enfants.
- Il apparaît important de s'intéresser à la CM parentale d'enfants souffrant de psychopathologie afin de mieux saisir les liens existant entre cette dimension du fonctionnement psychologique du parent d'une part et les

capacités d'adaptation et les difficultés de l'enfant d'autre part. Une meilleure compréhension de la CM parentale permettra également une prise en compte éclairée de cette dimension au sein des traitements psychothérapeutiques offerts à l'enfant et à ses parents.

Références

ACHIM J. : « Ouverture », Communication présentée au Colloque : Fonction réflexive, mentalisation et autorégulation, applications cliniques pour la pédopsychiatrie, Service de pédopsychiatrie de l'HSCM et Service de psychologie de l'Université de Sherbrooke, Montréal, Canada. (2009, Septembre).

AINSWORTH M.D.S. : « Attachments beyond infancy », *American Psychologist*, 1989 ; 44 (4) : 709-716.

ALLEN J.G., FONAGY P. : *Handbook of mentalization-based treatment*, John Wiley & Sons Ltd, Chichester, 2006.

ALLEN J.G., FONAGY P., BATEMAN A.W. : *Mentalizing in clinical practice*, American Psychiatric Publishing, Arlington, 2008.

ARNOTT B., MEINS, E. : « Links among antenatal attachment representations, postnatal mind-mindedness, and infant attachment security: A preliminary study of mothers and fathers », *Bulletin of Menninger Clinic*, 2007 ; 71 : 132-149.

BION W.R. : « A theory of thinking », *International Journal of Psychoanalysis*, 1962 ; 43 : 306-310.

BLAIR R.J., PESCHARDT K.S., BUDHANI S., MITCHELL D.G., PINE D.S. « The development of psychopathy », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006 ; 47 (3-4) : 262-275.

BLATT S.J., AUERBACH J.S., BEHREND S. : « Changes in the Representation of Self and Significant Others in the Treatment Process », in JURIST E. L., SLADE A., BERGNER S. : *Mind to mind : infant research, neuroscience, and psychoanalysis*, Other Press, New York, 2008 ; p. 225-263.

BOYLE M.H., GEORGIADES K. : « Perspectives on child psychiatric disorder in Canada », in CAIRNEY J. : *Mental disorder in Canada : An epidemiological perspective*, University of Toronto Press, Toronto, 2010 ; p. 205-226.

BRETON J.J., CHINIARA G., BERTHIAUME C. : « Variables associées aux troubles mentaux et aux symptômes chez les enfants d'âge préscolaire inscrits en pédopsychiatrie », *Psychiatrie, Recherche et Intervention en Santé Mentale de l'Enfant*, 1996 ; 6 (1) : 180-196.

DODGE K.A., LAIRD R., LOCHMAN J.E., ZELLI A., CONDUCT PROBLEMS PREVENTION RESEARCH GROUP U.S. « Multidimensional latent-construct analysis of children's social information processing patterns: Correlations with aggressive behavior problems », *Psychological Assessment*, 2002 ; 14 (1) : 60-73.

DUNN J., BROWN J., SLOMKOWSKI C., TESLA C., YOUNGBLADE L. « Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: individual differences and their antecedents », *Child Development*, 1991 ; 62 : 1352-1366.

ENSINK, K., NORMANDIN, L., FONAGY, TARGET, M., SABOURIN, S. Mentalization in middle-childhood: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. Manuscrit soumis pour publication.

FLETCHER P.C., HAPPÉ F., FRITH U., BAKER S.C., DOLAN R., FRACKOWIAK R., et al. « Other minds in the brain: A functional imaging study of 'theory of mind' in story comprehension », *Cognition*, 1995 ; 57 : 109-128.

FLOURI E., TZAVIDIS N., KALLIS C. « Adverse life events, area socioeconomic disadvantage and psychopathology and resilience in young children: the importance of risk factors' accumulation and protective factors' specificity », *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2010 ; 19 : 535-546.

FONAGY P. : « Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities », *International Journal of Psychoanalysis*, 1995 ; 76 : 39-44.

FONAGY P., BATEMAN A.W., LUYTEN P. « Introduction and overview », in BATEMAN A.W., FONAGY P. : *Handbook of mentalizing in mental health practice*, American Psychiatric Association, Arlington, 2012 ; p. 3-42.

FONAGY P., GERGELY G., JURIST E.L., TARGET M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*, Other Press, New York, 2004.

FONAGY P., GERGELY G., TARGET M. « The parent-infant dyad and the construction of the subjective self », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007, 48 (3-4) : 288-328.

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 Development*, 1991 ; 62 (5) : 891-905.

FONAGY P., STEELE M., STEELE H., MORAN G.S., HIGGITT A.C. : « The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment », *Infant Mental Health Journal*, 1991 ; 12 (3) : 201-218.

FONAGY P., TARGET M. « Attachment and reflective function: their role in self-organization », *Development and Psychopathology*, 1997 ; 9 : 679-700.

FONAGY P., TARGET M. « Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality », *International Journal of Psycho-Analysis*, 1996 ; 77 : 217-233.

FONAGY P., TARGET M. « Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients », *International Journal of Psycho-Analysis*, 2000 ; 81 : 853-873.

FONAGY P., TARGET M. « The mentalization-focused approach to self pathology », *Journal of Personality Disorders*, 2006 ; 20 : 544-576.

FONAGY P., TARGET M. « Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity », *International Journal of Psycho-Analysis*, 2007 ; 88 (4) : 917-937.

FRITH C.D., FRITH U. « Interacting minds - a biological basis », *Science*, 1999 ; 286 : 1692-1695.

FRITH U., FRITH C.D. « Development and neurophysiology of mentalising », *Philosophical Transactions of the Royal Society London*, 2003 ; 358 : 685-694.

FRITH U., HAPPÉ F. « Autism: Beyond 'theory of mind' », *Cognition*, 1994 ; 50 (1-3) : 115-132.

GALLAGHER H.L., FRITH C.D. « Functional imaging of 'theory of mind' », *Trends in Cognitive Sciences*, 2003 ; 7 (2) : 77-83.

GOTTMAN J.M., KATZ L.F., HOOVEN C. « Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: theoretical models and preliminary data », *Journal of Family Psychology*, 1996 ; 10 (3) : 243-268.

KATZ L.F., WINDECKER-NELSON B. « Parental meta-emotion philosophy in families with conduct-problem children: links with peer relations », *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2004 ; 32 (4) : 385-398.

MEINS E. *Security of attachment and the social development of cognition*, Psychology Press, Hove, 1997.

MEINS E., FERNYHOUGH C., RUSSELL J. « Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study », *Social Development*, 1998 ; 7 : 1-23.

PERNER J. *Understanding the representational mind*. MIT Press, Cambridge, 1991.

PREMACK D., WOODRUFF G. « Does the chimpanzee have a theory of mind? », *Behavioral and Brain Sciences*, 1978 ; 1 : 515-526.

RICHELL, R.A., MITCHELL D.G., NEWMAN C., LEONARD A., BARON-COHEN S., BLAIR R.J. « Theory of mind and psychopathy: Can psychopathic individuals read the 'language of the eyes'? », *Neuropsychologia*, 2003 ; 41 (5) : 523-526.

SHARP C. « Biased mentalizing in children aged seven to 11: Latent class confirmation of response styles to social scenarios and associations with psychopathology », *Social Development*, 2007 ; 16 : 181-202.

SHARP C. « Theory of mind and conduct problems in children: Deficits in reading the 'emotions of the eyes' », *Cognition and Emotion*, 2008 ; 22 (6) : 1149-1158.

SHARP C., FONAGY P. « The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: constructs, measures and implications for developmental psychopathology », *Social Development*, 2008 ; 17 : 737-754.

SHARP C., FONAGY P., GOODYER I.M. « Imagining your child's mind: psychosocial adjustment and mother's ability to predict their children's attributional style », *British Journal of Developmental Psychology*, 2006 ; 24 : 197-214.

SHARP C., FONAGY P., GOODYER I.M. *Social cognition and developmental psychopathology*, Oxford University Press, Oxford, 2008.

SHARP C., PANE H., HA C., VENTA A., PATEL A., STUREK J., *et al.* « Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2011 ; 50 : 563-573.

SHARP C., VENTA A. : « Mentalizing problems in children and adolescents », in MIDGLEY N., VROUVA I. : *Minding the child*, Routledge, Londres, 2012 ; p. 35-53.

SHARP C., WILLIAMS L.L., HA C., BAUMGARDNER J., MICHONSKI J., SEALS R., ... FONAGY P. « The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit », *Bulletin of Menninger Clinic*, 2009 ; 73 (4) : 311-338.

SLADE A. « Parental reflective functioning: an introduction », *Attachment & Human Development*, 2005 ; 7 (3) : 269-281.

SMEETS T., DZIOBEK I., WOLF O.T. « Social cognition under stress: Differential effects of stress-induced cortisol elevations in healthy young men and women », *Hormones and Behavior*, 2009; 55 (4) : 507-513.

TARGET M., FONAGY P. « Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective », *International Journal of Psycho-Analysis*, 1996 ; 77 : 459-479.

VERHEUGT-PLEITER A.J.E., ZEVALKINK J., SCHMEETS M.G.J. : *Mentalizing in child therapy: Guidelines for Clinical Practitioners*, Karnac, Londres, 2008.

WINNICOTT D.W. *Jeu et réalité*. Gallimard, Paris, 1971.

Introduction au deuxième article

La recension des écrits présentée dans le premier article de cette thèse soutient l'importance de se pencher sur la fonction réflexive parentale (FRP) pour mieux comprendre les difficultés que présentent les enfants consultant en pédopsychiatrie. À ce jour, seules quelques études empiriques se sont penchées sur la FRP et, parmi elles, une seule porte sur la FR des pères. Ainsi, l'étude exploratoire présentée dans le second article de cette thèse vise à évaluer et décrire le niveau de développement atteint de la FRP des mères et des pères d'enfants consultant en pédopsychiatrie. Elle vise également à évaluer et décrire différentes perceptions ainsi que l'expérience affective de ces parents au regard des divers aspects de la relation parent-enfant et à évaluer les liens entre la FRP de ces parents et leur expérience affective de la relation parent-enfant. Pour ce faire, le *Parent Development Interview - Revised* (PDI-R; Slade et al., 2002), une entrevue semi-structurée a été administrée et deux méthodes d'analyse quantitative ont été utilisées.

Les résultats obtenus permettent d'évaluer et de décrire le niveau de FRP des parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie, lequel s'avère inférieur à celui attendu au sein de la population générale. Ils concernent également l'évaluation et la description de l'expérience affective parentale et permettent de mettre en lumière certaines différences entre les pères et les mères, de même qu'entre les parents obtenant de meilleurs versus de moins bons scores de FRP.

Les limites de l'étude sont présentées, à savoir un petit nombre de participants et un petit nombre de pères comparativement au nombre de mères interviewées. Malgré ces

limites, les constats se dégageant du second article s'inscrivent dans la lignée de la documentation scientifique et des observations tirées de la pratique clinique.

L'étude présentée dans le second article de cette thèse contribue à l'avancement des connaissances concernant la FRP des parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie. En effet, il s'agit de la première étude qui documente la FRP de ces parents et les résultats obtenus appuient la pertinence de s'intéresser à cette question tout en fournissant des pistes de réflexion quant à l'orientation que pourraient prendre de futures études.

**Chapitre II - Fonction réflexive de parents d'enfants d'âge préscolaire consultant
en pédopsychiatrie : une étude exploratoire**

FONCTION RÉFLEXIVE DE PARENTS D'ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE
CONSULTANT EN PÉDOPSYCHIATRIE : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

Fanny-Maude URFER
B. Sc., doctorante en psychologie,
Université de Sherbrooke

Julie ACHIM
Ph.D., Psychologue clinicienne et Professeure,
Département de psychologie, Université de Sherbrooke

Miguel M. TERRADAS
Ph.D., Psychologue clinicien et Professeur,
Département de psychologie, Université de Sherbrooke

Claud BISAILLON
Ph.D., Psychologue clinicienne et Professeure,
Département de psychologie, Université de Sherbrooke

Karine DUBOIS-COMTOIS
Ph.D., Psychologue clinicienne et Professeure,
Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Alain LEBEL
MD, Pédopsychiatre et Professeur de clinique,
Service de pédopsychiatrie, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

COORDONNÉES DE CORRESPONDANCE :

Fanny-Maude Urfer
Département de psychologie
Université de Sherbrooke - Campus de Longueuil
150 place Charles-Le Moyne, bureau 200
Longueuil, Québec, Canada
J4K 0A8

Résumé

FONCTION RÉFLEXIVE DE PARENTS D'ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE CONSULTANT EN PÉDOPSYCHIATRIE : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

La fonction réflexive (FR) désigne la capacité à percevoir et interpréter son propre comportement et celui d'autrui au regard d'états mentaux. Cette dernière a été identifiée comme une variable qui, lorsqu'elle fait défaut, peut contribuer au développement de difficultés d'adaptation ou de psychopathologies chez l'enfant. Comme cette fonction se développe dans le contexte de la relation parent-enfant et que son développement dépend entre autres de la FR du parent, la présente étude vise à documenter la FR parentale (FRP) de treize parents (10 mères et 3 pères) d'enfants consultant en pédopsychiatrie. Une entrevue semi-structurée, le Parent Development Interview-Revised (PDI-R), a été utilisée et analysée selon le système de cotation de la FR (Slade et al., 2005) pour mesurer le niveau de la FRP des parents et selon le système de cotation du PDI (Henderson, Steele, & Hillman, 2007) pour évaluer l'expérience affective parentale en fonction de divers aspects de la relation parent-enfant. Les résultats font ressortir une FRP inférieure à celle attendue au sein de la population générale et mettent en lumière des différences entre les parents présentant les cotes de FRP les plus élevés et les plus faibles ainsi qu'entre les mères et les pères.

Mots-clés : Fonction réflexive parentale, pédopsychiatrie, psychopathologie

PARENTS' REFLECTIVE FUNCTIONING OF SCHOOL-AGED CHILDREN RECEIVING PSYCHIATRIC SERVICES : AN EXPLORATORY STUDY

Reflective function (RF) refers to the capacity to perceive and interpret our and other's behaviors in terms of mental states. It has been identified as a variable related to the development of psychopathology in a population of children receiving psychiatric services. Since the development of RF is highly influenced by the parent-child relationship, this study aims to explore RF in 13 parents of children receiving psychiatric services. A semi-structured interview (Parent Development Interview-Revised; PDI-R) was analyzed in light of two systems, one aiming to measure the PRF level (Slade et al., 2005) and the other assessing the parent's affective experience regarding his relation with his child (Henderson, Steele, & Hillman, 2007). Results highlight a lower PRF in the sample assessed than what would be expected in the general population as well as differences among mothers versus fathers and parents presenting higher versus lower RF.

Key words : Parental Reflective Functioning, child psychiatry, psychopathology

FONCTION RÉFLEXIVE DE PARENTS D'ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE CONSULTANT EN PÉDOPSYCHIATRIE : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

Au Canada, les troubles pédopsychiatriques constituent un problème de santé publique d'envergure ayant des répercussions sur la qualité de vie des enfants et de leurs familles : 14 % des enfants âgés de 5 à 17 ans seraient atteints d'un tel trouble (Boyle & Georgiades, 2010; Breton, Chiniara, & Berthiaume, 1996). Ces problématiques génèrent un coût important pour la société, d'autant plus qu'elles peuvent perdurer à l'âge adulte. En effet, une étude longitudinale menée en Nouvelle-Zélande a démontré qu'au sein de la population d'adultes souffrant d'un trouble psychiatrique, deux personnes sur quatre auraient reçu un tel diagnostic avant l'âge de 15 ans et un individu sur quatre entre 15 et 18 ans. Ces résultats indiquent que les troubles mentaux chez les adultes peuvent généralement être conçus comme étant le prolongement d'un trouble de l'enfance ou de l'adolescence (Kim-Cohen et al., 2003). Il apparaît donc important de mieux comprendre le développement de ces problématiques chez les jeunes patients.

Outre l'histoire développementale de l'enfant, son tempérament ainsi que la stabilité de son contexte de vie (Flouri, Tzavidis, & Kallis, 2010), une *fonction réflexive* (FR) développée a récemment été identifiée comme un facteur de protection contre l'évolution d'une psychopathologie (Allen & Fonagy, 2006; Sharp, Fonagy, & Goodyer, 2006; Slade, 2005; Schmeets, 2008). Bien que peu étudiée à ce jour au sein de cette population, elle constitue une avenue prometteuse pour mieux comprendre le fonctionnement psychique d'enfants atteints de diverses psychopathologies (Ensink,

Bégin, Normandin, & Fonagy, soumis ; Fonagy, 2008; Sharp, 2006, 2007; Sharp et al., 2006; Sharp et al., 2009; Slade, 2005).

La FR désigne la capacité à percevoir et interpréter son propre comportement et celui des autres en termes d'états mentaux (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004). Ceci implique de reconnaître la présence d'états mentaux (p. ex., sentiments, pensées, besoins, intentions) chez soi et chez autrui ainsi que de saisir qu'un comportement donné est motivé par des états mentaux qui y sont sous-jacents (Allen, 2003; Fonagy & Target, 2006; Fonagy, Gergely, & Target, 2007; Slade, 2005). Une FR bien développée présuppose que l'individu jouit d'une flexibilité mentale suffisante pour envisager une situation selon différentes perspectives et pour émettre plusieurs hypothèses quant aux intentions à l'origine d'un comportement donné. En effet, lorsqu'il présente une FR élevée, l'individu reconnaît qu'il ne peut pas saisir précisément la pensée de l'autre et qu'il ne peut que formuler des hypothèses qui doivent être validées auprès d'autrui (Allen, 2003; Fonagy et al., 2004; Fonagy et al., 2007).

La FR se développe au sein de la relation d'attachement unissant l'enfant à sa mère ou à sa principale figure de soin (Fonagy, 1991). Dans un contexte optimal, la relation d'attachement sera *sécurisée*, c'est-à-dire que le lien parent-enfant sera émotionnellement satisfaisant, constant et impliquera la recherche de proximité ainsi que la possibilité, pour l'enfant, d'utiliser la figure d'attachement comme refuge en cas de détresse ou comme base de sécurité pour explorer le monde qui l'entoure (Ainsworth, 1989). C'est grâce à la *fonction miroir* (Winnicott, 1971) que l'enfant développera les premières

traces mnésiques de son expérience affective, ce qui lui permettra de se construire progressivement un ensemble de représentations mentales. Moyennant la qualité *suffisamment bonne* de la relation entre l'enfant et sa figure d'attachement, caractérisée par une rétroaction contingente, congruente et différenciée, le parent assurera une fonction contenante auprès de l'enfant, lequel pourra se représenter ses expériences internes et apprendre à réguler ses émotions (pour une revue détaillée des concepts théoriques impliqués dans la transmission de la FR du parent à l'enfant, voir Urfer, Achim, Terradas, & Ensink, 2014). C'est vers l'âge de 4 ou 5 ans que l'enfant atteint un mode de pensée réflexif.

Dans un contexte moins favorable où l'interaction mère-enfant n'offrirait pas à l'enfant les conditions nécessaires au bon développement de sa FR, l'enfant pourrait éprouver des difficultés à se représenter ce qui l'habite et à se réguler. Si la relation d'attachement mère-enfant s'avère inadéquate, voire traumatique, l'enfant pourrait même développer une aversion à explorer ses propres états mentaux et ceux d'autrui et se retirer du monde mental qu'il percevrait alors comme étant trop souffrant (Allen, 2001). Lorsque confronté à des affects trop intenses qu'il ne peut penser et moduler, l'enfant pourrait adopter divers comportements pathologiques visant à éviter la douleur émotionnelle : comportements agressifs, fuite dans l'isolement, dissociation, abus de substances, automutilation, tentatives de suicide et conduites alimentaires pathologiques (Allen, 2001). Ainsi, un fonctionnement psychologique et relationnel principalement orienté vers l'agir plutôt que vers la parole, la pensée et la symbolisation pourrait traduire d'importants déficits au plan de la FR : il s'agit là d'un dénominateur commun à

plusieurs psychopathologies dont souffrent certains jeunes consultant en pédopsychiatrie (Fonagy, 2008; Sharp et al., 2009). La FR du parent assure donc une fonction centrale dans le développement de la FR de l'enfant qui, elle-même, s'avère capitale pour l'adaptation psychologique de l'enfant (Fonagy, 2003).

Pourtant, à ce jour, rares sont les travaux empiriques s'intéressant spécifiquement à la FR des parents d'enfants souffrant de psychopathologies. Seuls quelques travaux portant sur cette thématique, mais chez des populations non-psychiatriques ou sur des thématiques connexes chez des populations d'enfants présentant des difficultés psychiatriques, sont disponibles.

Ensink et ses collègues ont démontré qu'une pauvre FR chez les mères d'enfants ayant été victimes d'abus sexuels contribuerait à l'apparition de symptômes dépressifs et de comportements sexualisés problématiques chez l'enfant (Ensink et al., soumis). La qualité de la FRP maternelle prédirait également celle de l'enfant et ce, tant au sein de la population générale qu'en contexte de trauma (Ensink, Normandin, Target, Fonagy, Sabourin, & Berthelot, 2015). Katz et Windecker-Nelson (2004) se sont quant à eux intéressés à la *philosophie de la méta-émotion parentale*, une notion connexe à la FRP référant à la conscience de la mère de son expérience émotionnelle et de celle de son enfant ainsi qu'à sa capacité à sensibiliser son enfant à ce qui l'habite. Leurs résultats démontrent l'existence d'une conscience de l'expérience émotionnelle ainsi que d'une capacité de sensibilisation de l'enfant significativement plus pauvres chez les mères d'enfants présentant des troubles de conduites en comparaison aux mères d'enfants ne

présentant pas de telles difficultés. Mentionnons enfin les travaux de Sharp et ses collègues consacrés à l'*adéquation maternelle*, c'est-à-dire à la capacité de la mère à prévoir le style d'attribution de son enfant en contexte de situations sociales pouvant générer de la détresse chez lui (Sharp, Fonagy, & Goodyer, 2006). Cette étude établit une corrélation positive entre la pauvreté de ces capacités chez la mère d'une part et le développement d'aptitudes socio-cognitives mésadaptées, voire d'une psychopathologie chez l'enfant d'autre part.

Une seule étude considère la FR paternelle. Il s'agit de celle d'Arnott et Meins (2007) qui fait ressortir que la FR développée du parent, son attachement sécurisé et la sécurité du lien qu'il entretient avec son enfant seraient associés à une meilleure *orientation mentale* (tendance des parents à commenter les états mentaux de leur enfant de manière appropriée) chez le père. La corrélation entre l'attachement sécurisé du parent, sa FR développée et la sécurité du lien avec l'enfant serait même plus forte pour les pères que pour les mères.

Objectif de recherche

Les différents écrits théoriques, cliniques et scientifiques témoignent de la pertinence de s'intéresser à la FRP des mères, mais aussi à celle des pères dont les enfants souffrent de psychopathologies. Une meilleure connaissance de la FRP de ces parents permettrait de mieux comprendre le fonctionnement psychologique et les difficultés que présentent leurs enfants ainsi que d'identifier de nouvelles cibles d'interventions.

C'est précisément à ces questions que s'intéresse notre étude. Ainsi, elle vise quatre objectifs, soit 1) évaluer et décrire le niveau de développement atteint de la FRP des mères et des pères d'enfants consultant en pédopsychiatrie, 2) évaluer et décrire l'expérience affective de ces parents au regard des divers aspects de la relation parent-enfant, 3) documenter différentes perceptions identifiées chez ces parents à propos d'eux-mêmes, de leur enfant et de la relation qu'ils entretiennent avec ce dernier et, enfin, 4) évaluer les liens entre la FRP de ces parents et leur expérience affective de la relation parent-enfant.

Méthode

Cette étude exploratoire s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche plus vaste portant sur la santé mentale d'enfants d'âge préscolaire et de leurs parents consultant en pédopsychiatrie. Ce dernier se déroule au Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (Québec, Canada).

Participants et procédure

Les données préliminaires de 10 mères et 3 pères d'enfants âgés entre 20 et 60 mois, consultant en pédopsychiatrie, ont été recueillies pour la présente étude. Afin d'éviter les effets confondants de certaines variables, les parents présentant une psychopathologie avérée ont été exclus de l'étude. Il en est de même pour les parents dont les enfants présentent un trouble du spectre de l'autisme (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985), une

déficience intellectuelle avérée (Kravetz, Katz, Alfa-Roller, & Yehoshua, 2003) ou un retard de langage important (Dunn & Brophy, 2005), leurs difficultés étant principalement d'origine neurobiologique plutôt qu'environnementale (relationnelle ou systémique). Tous les pères ont été invités à participer à l'étude. Leur faible taux de participation est expliqué par des contacts irréguliers ou absents avec l'enfant ($n = 5$), un refus de participation ($n = 1$) et un décès ($n = 1$).

Les participants ont été identifiés par le pédopsychiatre traitant qui les a informés de la tenue de l'étude. Les parents ayant accepté d'être contactés ont reçu l'appel de l'équipe de recherche dans le but de les inviter à y participer. Les entrevues des parents ayant accepté de participer à la recherche se sont déroulées à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (Pavillon Albert-Prévost) et ont été enregistrées sur support audio afin d'en permettre la transcription.

L'étude a préalablement été approuvée par les Comités d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et de la Faculté de Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Sherbrooke.

Instruments de mesure

Entrevue sur le développement du parent - version révisée (*Parent Development Interview-Revised, PDI-R*; Slade et al., 2002). Il s'agit d'un entretien semi-structuré comportant 45 questions, pouvant être complété en 45 à 75 minutes et permettant de mesurer la FRP et d'explorer l'expérience affective parentale. La version traduite en français par Ensink et le groupe de recherche sur l'abus sexuel de l'Université Laval

(2002), selon la méthode de traduction/retraduction (Behling & Law, 2000), a été utilisée. Le PDI-R vise à activer et examiner les représentations du parent à propos de son enfant, de lui-même comme parent et de la relation qu'il entretient avec son enfant. Le parent est invité à décrire son enfant et la nature de leur lien, ses principales expériences affectives avec l'enfant, sa relation avec ses propres parents ainsi que les ressemblances et les différences qu'il perçoit entre lui-même et eux, les besoins de soutien de son enfant, ses propres réactions et celles de son enfant lors d'une séparation ou de moments conflictuels. Les représentations mentales du parent et de l'enfant face à un événement marquant de la vie du jeune sont également explorées. Deux méthodes d'analyses ont été employées. D'abord, le système de cotation de la FR (Slade et al., 2005) a permis de mesurer le niveau de la FRP des parents. Ensuite, le système de cotation du PDI (Henderson, Steele, & Hillman, 2007) a permis d'évaluer l'expérience affective parentale au regard de divers aspects de la relation parent-enfant.

Système de cotation de la FR appliqué au PDI-R. Dans un premier temps, l'évaluation de la FRP de chacun des participants a été réalisée à partir de la codification du verbatim de chaque entrevue par un examinateur accrédité pour la cotation des protocoles au moyen de l'Échelle de cotation du fonctionnement réflexif (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998; *Addendum to Reflective Functioning Scoring Manual for use with the Parent Development Interview* ; Slade et al., 2005). Une cote globale ainsi qu'une cote pour chacune des 15 sections de l'entrevue, basées sur une ou plusieurs questions (cotes spécifiques; en anglais *demand questions*) ont été attribués en considérant les critères suivants : la conscience de la nature des émotions, la capacité à

déployer un effort pour identifier l'état mental sous-tendant un comportement, la reconnaissance de l'aspect développemental des émotions et la capacité à communiquer au sujet d'états mentaux dans le contexte de l'entrevue. Les 15 cotes spécifiques concernent différentes situations vécues dans le cadre de la relation avec l'enfant. Chaque question spécifique est cotée selon une échelle allant de -1 à 9. À titre illustratif, la cote la plus basse (-1) est associée à une FRP négative, se traduisant soit par des commentaires inappropriés, soit par un refus de se prêter à la réflexion ou encore par des raisonnements bizarres (Slade et al., 2005). Une cote de 5 correspond à une FRP *ordinaire*, témoignant d'une capacité à tenir compte de ses propres états mentaux et de ceux d'autrui de manière adéquate, mais sans sophistication. Cette cote correspond à ce qui est attendu au sein de la population générale. La cote la plus élevée (9) désigne une FRP exceptionnelle au regard des critères recherchés (considération élaborée d'un grand nombre d'états mentaux mis en relation les uns avec les autres, prise en compte de la dimension causale d'un état mental et de son influence sur les perceptions, croyances et désirs en découlant). Une cote globale est ensuite donnée à chaque participant. Cette cote, établie par l'évaluateur, représente la FRP prépondérante du parent pour l'ensemble de l'entrevue.

Les propriétés psychométriques de ce système de codification de l'entrevue PDI s'avèrent satisfaisantes. Une étude d'Aber et al. (1999) a en effet démontré que les facteurs principaux tirés des réponses de mères aux questions du PDI demeurent stables à travers le temps et les indices de cohérence interne (alpha de Cronbach) recensés varient en fonction des différents facteurs (culpabilité - détresse de séparation : 0,68;

colère : 0,82; joie - plaisir / cohérence : 0,84). La cohérence interne de l'Échelle de cotation du fonctionnement réflexif (Slade, Bernbach, Grienenberger, Levy, & Locker, 2001) appliquée au PDI (Aber, Slade, Berger, Bresgi, & Kaplan, 2001) dans le cadre d'une étude portant sur 40 mères d'enfants abusés sexuellement ou non est de 0,93 (alpha de Cronbach; Terradas, 2007). Dans une autre étude, Slade et al. (2005) ont démontré que les mères ayant une FR plus élevée avaient un pattern d'attachement sécurisant et que les mères ayant une faible FR présentaient un pattern d'attachement insécure. La fidélité interjuge du système de cotation de la FR à partir du PDI est de 0,88 (Slade et al., 2005).

Système de cotation de l'expérience affective parentale appliqué au PDI-R. Dans un second temps, l'expérience affective parentale des participants et leur perception de l'expérience affective de leur enfant ont été déterminées par deux examinateurs ayant reçu l'accréditation nécessaire à la cotation à partir du système de Henderson, Steele, & Hillman (2007). Un accord inter-juge a été calculé à partir de 7 protocoles, à savoir 54 % de l'échantillon. Les coefficients de corrélation intra-classe (CCI) varient entre 0,82 et 0,91 avec une moyenne de 0,86. Onze aspects de l'expérience affective vécue par le parent dans le cadre de la relation avec l'enfant et cinq expériences affectives que le parent décrit à propos de son enfant ont été cotés selon une échelle allant de 1 (absente/minimale) à 4 (élevée). La dimension référant aux expériences affectives parentales positives comporte 7 échelles : la satisfaction par rapport au besoin de soutien, la joie/le plaisir, la compétence telle qu'évaluée par l'examineur, la confiance en soi, la centration sur les besoins de l'enfant, la chaleur émotionnelle et la

compréhension et la promotion de l'attachement. La dimension référant aux expériences affectives parentales négatives comporte 6 échelles : l'intensité de la colère, l'expression de cette colère dans le cadre de la relation parent-enfant, le besoin de soutien, la culpabilité, le découragement/désespoir ainsi que l'hostilité. Les expériences affectives de l'enfant telles que perçues par le parent comportent 5 échelles : la colère/l'agressivité, le bien-être, le besoin de contrôler ou manipuler, l'affection et le rejet du parent par l'enfant.

Les propriétés psychométriques du second système de codification (Henderson et al., 2000) sont également satisfaisantes. En effet, dans une étude portant sur les représentations mentales de 43 mères adoptives évaluées à partir d'entrevues PDI cotées selon ce système, les échelles de cotation mettent en lumière des scores de fidélité allant de 0,54 à 1,00 pour les différentes échelles de cotation, avec une moyenne de 0,75 et une médiane de 0,74 (Steele et al., 2008).

Résultats

Des analyses descriptives ont été réalisées à partir des 2 systèmes de codification du PDI-R. Les groupes de mères et de pères ont été comparés, mais étant donné la petite taille de l'échantillon, ces différences n'ont pu être testées statistiquement. Ainsi, il est impossible d'établir si elles s'avèrent significatives ou non. Ces comparaisons, à interpréter avec prudence, fournissent toutefois des pistes de réflexion intéressantes.

La FRP des parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie

Les Tableaux 1 et 2 présentent les cotes de FRP obtenues suite à la codification des protocoles PDI-R selon le système de Slade et al. (2005) pour chacun des deux groupes de parents, respectivement celui des mères ($n = 10$) et celui des pères ($n = 3$). Le Tableau 3, quant à lui, présente les mêmes cotes obtenues par l'ensemble du groupe de parents ($N = 13$). Le mode, la médiane et l'écart-type sont rapportés pour chacune des cotes (globale et spécifiques) dans les Tableaux 1 et 3, de même que les cotes minimales et maximales obtenues pour chacune des sections cotées. Étant donné le petit nombre de pères ayant participé à l'étude, seuls les cotes minimales et maximales sont rapportées dans le Tableau 2.

Cotes globales. La cote globale moyenne de FRP obtenue par les mères est de 3,2 (ET= 0,9), celle obtenue par les pères est de 3 et par l'ensemble du groupe est de 3,2 (ET=0,8). La cote minimale obtenue par les mères (FRP = 2) est inférieure à celle des pères (FRP = 3), mais la cote maximale (FRP = 4) est identique dans les deux groupes de parents. Ces cotes globales moyennes correspondent à la présence chez le parent d'une FRP *naïve* ou *questionnable*, c'est-à-dire à une capacité à tenir compte de ses propres états mentaux et de ceux de son enfant, mais de manière rudimentaire ou excessivement analytique. En effet, une FRP naïve implique qu'un parent puisse identifier ses propres états mentaux et ceux de son enfant, mais sans toutefois qu'il puisse lier de façon spécifique et explicite ce qui l'habite et ce qui habite son enfant aux comportements qu'ils manifestent ou à la nature de leurs interactions. Le parent peut

également adopter un discours impersonnel, marqué par la présence de propos théoriques ou de généralisations quant à l'expérience d'être parent ou celle d'être enfant, sans qu'il ne puissent les illustrer par des exemples concrets issus de sa vie quotidienne (Slade et al., 2005).

Cotes spécifiques. Les cotes spécifiques moyennes de FRP obtenues par les mères se situent entre 1,8 et 3,6. La cote minimale obtenue par ce groupe (FRP = 0) est inférieure à celle obtenue par les pères (FRP = 1), mais la cote maximale (FRP = 6) est plus élevée que celle qu'obtiennent les pères (FRP=5). Pour chacun des groupes (mères, pères, ensemble des parents), les trois cotes moyennes les plus élevées ainsi que les trois les plus faibles sont rapportées.

Les trois cotes spécifiques moyennes les plus élevées ($\geq 3,4$) chez les mères concernent une situation où le parent et l'enfant étaient d'accord, une réflexion portant sur ce qui cause le plus de souffrance ou de difficulté dans le rôle de parent et le sentiment de colère du parent. Les trois cotes moyennes les plus faibles ($\leq 2,0$) sont obtenues aux questions référant à l'influence de la relation parent-enfant sur la personnalité de ce dernier, aux changements que le parent observe chez lui suite au fait d'avoir eu cet enfant et au sentiment de culpabilité vécu par le parent dans le contexte de la relation parent-enfant.

Chez le groupe de pères, les trois cotes spécifiques moyennes les plus élevées ($\geq 4,3$) concernent une situation où le parent et l'enfant étaient d'accord, le sentiment de colère du parent et le sentiment de colère de l'enfant. Les trois cotes spécifiques moyennes les

plus faibles ($\leq 1,3$) sont obtenues aux questions concernant l'influence de la relation sur la personnalité de l'enfant, le besoin que quelqu'un s'occupe du parent et une réflexion portant sur les ressemblances et différences avec les parents du parent.

Pour ce qui est de l'ensemble du groupe de parents, les trois cotes spécifiques moyennes les plus élevées ($\geq 3,5$) concernent les questions portant sur une situation où le parent et l'enfant étaient d'accord, le sentiment de colère du parent et une situation où le parent et l'enfant étaient en désaccord. Finalement, les trois cotes moyennes les plus faibles ($\leq 2,0$) pour l'ensemble du groupe de parents sont l'influence de la relation sur la personnalité de l'enfant, les changements liés au fait d'avoir eu cet enfant et enfin le sentiment de culpabilité vécu par le parent dans le contexte de la relation parent-enfant ainsi que le besoin que quelqu'un s'occupe du parent qui obtiennent des résultats *ex aequo*.

Ainsi, une certaine hétérogénéité est notée quant aux résultats obtenus par les parents, tant les mères que les pères, aux différentes thématiques abordées. Les meilleurs témoignent d'une FRP naïve alors que les plus faibles traduisent une absence de FRP, c'est-à-dire une incapacité à tenir compte de leurs états mentaux et de ceux de leur enfant (due à un déni de ces états mentaux ou à une concrétude importante) ou encore une distorsion de leur expérience interne ou de celle de leur enfant (Slade et al., 2005).

L'expérience affective parentale des parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie

Les résultats obtenus avec le système de codification de Henderson et al. (2007) ont été regroupés *a priori* en 3 dimensions, à savoir l'expérience affective parentale positive; l'expérience affective parentale négative et l'expérience positive perçue chez l'enfant (cette dimension comprend les thèmes ayant trait aux expériences négatives de l'enfant et dont les cotes ont été inversées). Chacune de ces dimensions est constituée d'échelles dont les cotes se répartissent de 1 à 4. Dans le contexte où toutes les dimensions ne comprennent pas le même nombre d'échelles, les cotes ont été rapportées en pourcentage pour en permettre la comparaison. Par exemple, un pourcentage moyen de 100 indiquerait que tous les participants ont obtenu une cote de 4 à chacune des échelles d'une dimension donnée. Un pourcentage de 100 réfère à une expérience affective d'une grande intensité, 75 % à une expérience modérée, 50 % à une expérience affective d'intensité faible et 25 % à une expérience affective minimale ou nulle.

Le Tableau 4 présente respectivement les résultats obtenus par le groupe de mères, le groupe de pères et l'ensemble des parents. La comparaison entre le groupe de mères et le groupe de pères permet certaines observations. Les mères obtiennent un pourcentage moyen supérieur comparativement aux pères en ce qui a trait à l'expérience parentale positive et à l'expérience parentale négative, mais obtiennent un pourcentage moyen inférieur lorsque comparées aux pères quant à l'expérience positive perçue chez l'enfant. Les pourcentages obtenus aux différentes expériences affectives identifiées chez le groupe de parents varient de 46,43 % à 92,86 % pour les expériences parentales positives, de 29,17 % à 66,67 % pour les expériences parentales négatives et de 55,00 % à 95,00 % pour les expériences positives perçues chez l'enfant.

La perception des parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie

Tel que le propose le système de Henderson et al. (2007), une analyse de la valence (positive, négative ou nuancée) des trois adjectifs choisis par le parent pour décrire sa perception de lui-même, de son enfant et de la relation qu'ils entretiennent a été réalisée. La valence des adjectifs choisis pour décrire chacune de ces perceptions est considérée comme étant positive si les trois adjectifs mentionnés sont positifs, négative si les trois adjectifs sont négatifs et nuancée si le parent a recours à la fois à des adjectifs positifs et négatifs. Le Tableau 5 présente ces résultats pour l'ensemble des parents interviewés. Il ressort de cette analyse que 5 parents ont utilisé des adjectifs exclusivement positifs pour décrire leur enfant, pour se décrire eux-mêmes ainsi que leur relation. Parmi les 39 résultats (13 participants ayant fourni 3 réponses), on retrouve 24 résultats positifs, 12 neutres et 3 négatifs.

Le lien entre la FRP et l'expérience affective parentale des parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie

Des analyses non paramétriques (test U de Mann-Whitney) ont été réalisées afin de déterminer s'il existe une différence entre les parents qui obtiennent les meilleures cotes de FRP ($FRP \geq 4$; $n = 6$) et ceux qui obtiennent les cotes les moins élevées ($FRP \leq 3$; $n = 7$) lorsque l'on considère chacune des 3 dimensions de l'expérience affective parentale. Les tests U de Mann-Whitney ne révèlent aucune différence significative entre les parents ayant obtenus les cotes de FRP les plus élevées comparativement à ceux ayant obtenu les cotes de FRP les moins élevées quant à l'expérience affective parentale

positive des parents ($U = 17, z = -0,58, p = -0,56$), l'expérience affective parentale négative des parents ($U = 15, z = -0,89, p = 0,37$) et l'expérience affective positive des enfants telle que perçue par les parents ($U = 18, z = -0,43, p = 0,67$).

Bien que non significatifs, ces résultats fournissent des informations intéressantes. En ce qui a trait à l'expérience affective parentale positive du parent, le groupe de parents ayant obtenu une cote de FRP supérieure obtient un score médian supérieur ($Md = 41,67\%$) à celui obtenu par les autres parents ($Md = 33,33\%$). Ensuite, concernant l'expérience affective parentale négative, les deux groupes obtiennent sensiblement le même résultat, mais les parents ayant obtenu une cote de FRP supérieure obtiennent également un score médian supérieur ($Md = 73,22\%$) à celui qu'obtiennent les parents ayant les moins bonnes cotes de FRP ($Md = 71,43\%$). Le groupe de parents ayant obtenu une cote de FRP supérieure obtient toutefois un score médian inférieur ($Md = 80,00\%$) à celui des parents ayant obtenu les cotes de FRP les moins élevées ($Md = 90,00\%$) quant à leur perception de l'expérience affective positive de leur enfant.

Tableau 1
*Cotes spécifiques et cote globale obtenues par les mères
à l'Échelle de cotation du fonctionnement réflexif appliquée au PDI-R*

Question Description	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>Médiane</i>	Cote minimale	Cote maximale
En accord	3,6	1,1	4,0	2,0	5,0
Désaccord	3,2	1,4	3,0	1,0	5,0
Influence de la relation sur la personnalité de l'enfant	1,8	1,0	2,0	1,0	4,0
Plaisir	3,0	0,8	3,0	2,0	4,0
Souffrance	3,4	1,3	4,0	1,0	5,0
Changements liés au fait d'avoir eu cet enfant	1,9	1,2	1,0	1,0	4,0
Besoin de quelqu'un pour prendre soin de vous	2,2	1,3	2,0	1,0	5,0
Sentiment de colère	3,5	1,4	4,0	0,0	5,0
Sentiment de culpabilité	2,0	0,8	2,0	1,0	3,0
Sentiment de colère de l'enfant	2,8	0,9	2,5	2,0	4,0
Sentiment de rejet de l'enfant	2,5	1,4	2,5	1,0	5,0
Comparaison avec les parents du parent	3,2	1,6	3,0	2,0	6,0
Séparation - vécu de l'enfant	2,6	1,6	2,5	1,0	5,0
Séparation - vécu du parent	2,4	0,7	3,0	1,0	3,0
Thème de la perte de l'enfant	2,7	1,4	3,0	1,0	5,0
Cote globale	3,2	0,9	3,5	2,0	4,0

Tableau 2

Cotes spécifiques et cote globale obtenues par les pères à l'Échelle de cotation du fonctionnement réflexif appliquée au PDI-R

Question	Cote minimale	Cote maximale
En accord	2,0	4,0
Désaccord	4,0	5,0
Influence de la relation sur la personnalité de l'enfant	1,0	1,0
Plaisir	2,0	2,0
Souffrance	2,0	2,0
Changements liés au fait d'avoir eu cet enfant	2,0	2,0
Besoin de quelqu'un pour prendre soin de vous	1,0	2,0
Sentiment de colère	4,0	5,0
Sentiment de culpabilité	1,0	4,0
Sentiment de colère de l'enfant	4,0	5,0
Sentiment de rejet de l'enfant	3,0	3,0
Comparaison avec les parents du parent	3,0	3,0
Séparation - vécu de l'enfant	3,0	3,0
Séparation - vécu du parent	3,0	3,0
Thème de la perte de l'enfant	1,0	2,0
Cote globale	3,0	4,0

Tableau 3

*Cotes spécifiques et cote globale obtenues par le groupe de parents
à l'Échelle de cotation du fonctionnement réflexif appliquée au PDI-R*

Question	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>Médiane</i>	Cote minimale	Cote maximale
Description					
En accord	3,5	1,1	4,0	2,0	5,0
Désaccord	3,5	1,4	4,0	1,0	5,0
Influence de la relation sur la personnalité de l'enfant	1,6	0,9	1,0	1,0	4,0
Plaisir	2,8	0,8	3,0	2,0	4,0
Souffrance	3,1	1,3	3,0	1,0	5,0
Changements liés au fait d'avoir eu cet enfant	1,8	1,1	1,0	1,0	4,0
Besoin de quelqu'un pour prendre soin de vous	2,0	1,2	2,0	1,0	5,0
Sentiment de colère	3,7	1,3	4,0	0,0	5,0
Sentiment de culpabilité	2,0	1,0	2,0	1,0	4,0
Sentiment de colère de l'enfant	3,2	1,1	3,0	2,0	5,0
Sentiment de rejet de l'enfant	2,6	1,2	3,0	1,0	5,0
Comparaison avec les parents du parent	3,1	1,4	3,0	2,0	6,0
Séparation - vécu de l'enfant	2,7	1,4	3,0	1,0	5,0
Séparation - vécu du parent	2,6	0,7	3,0	1,0	3,0
Thème de la perte de l'enfant	2,4	1,4	1,0	1,0	5,0
Cote globale	3,2	0,8	3,0	2,0	4,0

Tableau 4

Expériences affectives des mères, des pères et de l'ensemble du groupe de parents (rapportées en %) selon le système d'Henderson et al. (2007) appliqué au PDI-R

Groupe	Regroupements	<i>M</i>	<i>É-T</i>	Mode	% minimal	% maximal
Mères	EAP positive	72,50	11,17	71,43	53,57	92,86
	EAP négative	45,42	12,95	33,33	29,17	66,67
	EA de l'enfant	76,50	14,92	60,00	55,00	95,00
Pères	EAP positive	66,66	18,33	46,43	46,43	82,14
	EAP négative	31,94	2,40	33,33	29,17	33,33
	EA de l'enfant	88,33	2,89	90,00	85,00	90,00
Parents	EAP positive	71,15	12,50	71,43	46,43	92,86
	EAP négative	42,31	12,71	33,33	29,17	66,67
	EA de l'enfant	79,23	13,97	90,00	55,00	95,00

EAP : Expérience affective parentale

EA : Expérience affective

Tableau 5

Nombre de réponses à valence positive, négative ou neutre à propos de la perception de soi, de l'enfant et de la relation parent-enfant chez les parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie

	Valence positive	Valence négative	Valence neutre
Perception de soi	4	9	0
Perception de l'enfant	3	8	2
Perception de la relation	5	7	1

Discussion

Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude exploratoire permettent certains constats et fournissent différentes pistes de réflexion quant à la FRP et à l'expérience affective parentale des parents d'enfants consultant en pédopsychiatrie.

La FRP des parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie

La FRP de façon globale. Les premières analyses réalisées à partir du système de Slade et al. (2005) font ressortir un bas niveau de FRP (FRP *questionnable* ou *naïve*) chez l'ensemble des parents interviewés et situent leur fonctionnement réflexif en-deçà de celui attendu au sein de la population générale (FRP *ordinaire*). Ce résultat soutient ainsi l'hypothèse selon laquelle ces parents éprouvent plus de difficultés que les parents issus de la population générale à réfléchir à ce qui les habite et à ce qui habite leurs enfants, à ce qui motive leurs comportements respectifs ainsi qu'à l'impact des états mentaux des uns sur les autres. Si les parents ayant participé à l'étude sont généralement capables de reconnaître et d'identifier leurs propres états mentaux et ceux de leur enfant, ils ont plus de mal à réfléchir et à saisir ce qu'implique pour eux-mêmes, pour leur enfant ou encore pour la relation parent-enfant le fait d'être habité par ces états mentaux. En effet, lorsqu'interviewés, les parents tendent à offrir des réponses concernant une seule perspective à la fois (la leur ou celle de leur enfant) et à illustrer leurs propos de façon vague plutôt qu'en ayant recours à des situations concrètes issues de leur vie quotidienne. Ils ont également recours à des généralisations ou encore à des propos théoriques concernant le développement et la psychologie des enfants ou encore

l'expérience d'être parent. Cette manière d'appréhender les questions de l'entrevue traduit une difficulté chez ces parents à élaborer leur expérience interne de manière à ce qu'ils puissent l'utiliser pour comprendre et réguler ce qui les habite, ce qui habite leurs enfants ainsi que les interactions parent-enfant.

Ces résultats s'inscrivent dans la lignée de ceux obtenus par d'autres chercheurs s'étant intéressés à la FRP – ainsi qu'à des notions connexes – de parents d'enfants présentant diverses difficultés et ayant démontré que de pauvres capacités réflexives parentales sont associées à la présence de symptômes ou comportements problématiques chez l'enfant (Katz, & Windecker-Nelson, 2004 ; Sharp et al., 2006) et contribuent à prédire la présence de telles difficultés chez lui (Ensink et al., soumis).

La FRP de façon spécifique. La seconde série d'analyses a permis d'obtenir les cotes moyennes aux différentes questions ou thématiques spécifiques, de répertorier les cotes moyennes les plus élevées et les moins élevées et ainsi, d'identifier les zones de forces et de vulnérabilités au plan de la FRP. Divers constats se dégagent de ces analyses.

Les cotes les plus élevées situent la FRP des mères, des pères et de l'ensemble de parents sous le niveau de fonctionnement réflexif *ordinaire*. La considération des scores maximaux obtenus par les parents aux différentes thématiques permet toutefois d'observer que, lors de l'abord de près de la moitié de ces thématiques, un ou plusieurs parents ont fait preuve d'un fonctionnement réflexif le situant à un niveau *ordinaire*. C'est donc dire que peu importe la nature de la thématique abordée, la majorité des parents de l'étude sont en mesure d'identifier leurs états mentaux et ceux de leur enfant,

mais éprouvent des difficultés marquées à élaborer davantage à propos de ce qui se passe pour eux-mêmes, pour leur enfant et entre eux en termes mentaux. Certains y arrivent toutefois. Les cotes les moins élevées situent le fonctionnement réflexif à un niveau très bas, en deçà d'une capacité rudimentaire à considérer les états mentaux. La prise en compte des scores minimaux obtenus permet également de constater une absence de FRP lors de l'abord de certains thèmes. Ainsi, lorsqu'il est question de certaines thématiques (p. ex. l'influence de la relation parent-enfant sur la personnalité de ce dernier), des parents présentent des lacunes importantes quant à leur capacité à reconnaître chez eux et chez leur enfant ce qui les habite et sont parfois même simplement incapables de le faire.

Bien que les thématiques ayant obtenu les meilleures et les moins bonnes cotes diffèrent légèrement chez les mères, les pères et pour l'ensemble des parents, il est intéressant de noter que les questions ou thématiques ayant donné lieu à des réponses plus riches en terme de recours à des états mentaux font appel à des processus réflexifs moins complexes que celles ayant donné lieu à des réponses moins riches. En effet, les premières peuvent impliquer la prise en compte d'une seule ou de deux perspectives alors que les secondes nécessitent la considération simultanée de sa propre perspective, de celle de l'enfant, mais également des effets de l'interaction de ces perspectives sur soi ou sur autrui. Ainsi, lorsqu'invités à réfléchir à une question évoquant l'influence de la relation qu'ils entretiennent avec leur enfant sur le développement de la personnalité de ce dernier, les parents présentent une FR moins élevée que lorsqu'on leur demande de relater une situation lors de laquelle leur enfant et eux étaient en accord. Trois extraits

verbatim sont présentés afin d'illustrer ces constats. Les deux premiers abordent des thématiques associées aux plus hauts scores moyens de FRP obtenus et le troisième extrait concerne un score moyen de FRP faible.

Illustration 1 : *Une situation où le parent et l'enfant étaient d'accord.* À cette question, un parent répond : « *Quand je vais chercher mon enfant à la garderie et que je lui dis qu'on va aller au parc, [...] il aime ça aller là-bas. Moi ça me fait plaisir (état mental) de le regarder jouer et c'est un bon moment pour moi, je ne vois pas le temps passer, ça me rend heureuse de le voir (état mental)* ». Cet extrait est associé à une FRP de 5 puisqu'il y a identification des états mentaux du parent et de l'enfant, qu'il y a assez d'indices pour dire que le parent a une représentation de sa pensée et de celle de son enfant et que cette dernière est cohérente, intégrée (Slade et al., 2005).

Il est possible que cette question, puisqu'elle réfère à une expérience quotidienne, implique un processus simple où le parent n'a pas à réfléchir aux impacts de ses états mentaux sur ceux de l'enfant et sur leur relation. Il est également possible de croire qu'elle ne met pas le parent à l'épreuve au plan affectif en suscitant chez lui une activation émotionnelle qu'il doit réguler pour être en mesure de penser son expérience avec son enfant de manière réflexive. En effet, bien que toutes les questions du PDI-R soient conçues de manière à évaluer la compréhension des expériences internes du parent et de l'enfant lors d'une activation émotionnelle (Slade, 2005), il nous semble que certaines questions suscitent un niveau d'activation moins élevé que d'autres. Le fait d'être d'accord avec son enfant peut, à notre avis, être considéré comme une situation

agréable du quotidien peu encline à susciter une émotion particulièrement forte chez le parent. Leur fonctionnement réflexif n'étant pas entravé par une charge affective difficile à réguler, les participants seraient ainsi en mesure de produire une réponse plus réflexive dans ce contexte et lorsqu'ils rapportent ce genre de situations (Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012).

Illustration 2 : *Réflexion entourant un moment où le parent s'est senti en colère.* Ici, un parent répond : « *C'est sûr qu'y'a plein de choses que les enfants font qui me mettent en colère, mais encore là c'est de la contrôler. Puis quand je pense à [mon enfant] qui va sûrement... qui va avoir de la difficulté à l'école, c'est sûr que ça me met en colère. C'est sûr que parfois on se demande [si c'est de notre] faute, c'est sûr, on se demande toujours d'où ça peut venir et c'est sûr qu'on va se blâmer à un certain point. Mais il ne faut pas, il faut passer outre ça parce que si on [ne fait que] se blâmer, on n'avancera pas.* »

Dans cette réponse, le parent fait référence au processus d'autorégulation important qui est activé chez lui en cas de colère et qui mobilise ses ressources psychiques. Cette réponse le situe aux limites de la FRP naïve et ordinaire (FRP=4), c'est-à-dire que le langage est axé sur les états mentaux et est utilisé de manière relativement sophistiquée, mais la réponse demeure insuffisamment élaborée pour témoigner d'un FRP ordinaire (Slade, 2005).

Puisque la thématique de la colère est associée à une charge affective importante, il était attendu qu'elle soit associée à une FRP moins élevée. Or, cette thématique figure

parmi celles faisant ressortir les plus hauts scores de FRP, ce qui est à l'origine de l'examen minutieux réalisé sur l'ensemble des protocoles. Ce dernier permet de constater que la colère du parent semble être principalement ressentie dans un contexte où l'enfant s'oppose ou désobéit : c'est le cas pour 11 participants parmi les 13 interviewés. Ces parents sont capables de reconnaître la colère et d'élaborer ce qu'ils éprouvent à cet égard, mais ont du mal à réfléchir aux motivations à l'origine du comportement de l'enfant ou de ce que ce dernier ressent. Ainsi, les parents sont peu enclins à se questionner quant aux états mentaux de l'enfant et quant à la manière dont leurs états mentaux et ceux de l'enfant ont un impact sur la situation et, plus généralement, sur leur relation. Ils ne tendent pas à échanger avec l'enfant pour tenter de régler leurs différends.

D'autres thèmes ont été identifiés à travers les réponses des parents aux questions concernant la colère. Il s'agit d'abord de la colère retournée contre soi, c'est-à-dire que certains parents disent être fâchés contre eux-mêmes parce qu'ils ne sont pas les parents qu'ils auraient souhaité être. Ensuite, on retrouve le thème de la colère à l'endroit du système d'éducation ou de la santé, notamment à l'égard des services offerts à leur enfant qu'ils jugent inadéquats ou insuffisants, (par ex., une médication prescrite rapidement, sans que les professionnels n'aient bien compris la situation de l'enfant). Finalement, certains parents mentionnent ne jamais se sentir fâchés contre leur enfant, ce qui pourrait être en lien avec une certaine forme de déni de cette émotion.

Illustration 3 : *Réflexion entourant l'influence de la relation parent-enfant sur le développement de la personnalité de l'enfant.* À cette question, un parent répond : « *Ah eh bien c'est sûr que ça influence beaucoup, la relation avec moi. Euh la façon [dont] je lui parle j'imagine, la façon [dont] je le traite, aussi. Je lui parle comme un adulte, moi. [Ce qui] fait que j'imagine que ça va influencer son développement aussi, j'imagine qu'il va parler mieux, parce que je ne suis pas gaga-gougou, moi, là; je lui parle pratiquement comme on se parle là, tu sais, [ce qui] fait que j'imagine que oui, ça va avoir une influence sur son développement* ». Cet extrait est associé à une FRP de 1 puisqu'il n'y a pas d'exploration de l'expérience affective du parent ou de celle de l'enfant dans le contexte de la relation. Le discours n'est pas centré sur l'identification d'états mentaux chez l'enfant et la réflexion quant à l'impact de certaines attitudes parentales sur l'expérience de l'enfant (manière dont la mère traite son enfant, manière dont elle lui parle) laisse entendre que ces attitudes ont un impact positif sur l'enfant. Or, cet impact ne concerne ni le développement de la personnalité, ni les états mentaux de l'enfant.

Si les questions précédentes réfèrent respectivement à une situation concrète de la vie quotidienne ou à l'expérience d'une seule personne, la question portant sur l'influence de la relation parent-enfant sur le développement de la personnalité de l'enfant est autrement plus complexe. Cette dernière fait appel à une capacité d'abstraction nécessitant de considérer plusieurs aspects à la fois. Par exemple, le parent est appelé à réfléchir à la nature de la relation parent-enfant et aux éléments de la personnalité de l'enfant qui appartiennent à son tempérament ainsi qu'à ceux qui semblent plutôt

découler des interactions parent-enfant. Il s'agit également d'une question qui peut amener le parent à prendre conscience des éléments de la relation contribuant au développement de l'enfant, voire se remettre en question en imaginant que les difficultés de l'enfant pourraient être en lien avec la manière dont il interagit avec lui. Ainsi, contrairement à la question précédente, il est possible de croire que cette question susciterait davantage une activation du système d'attachement étant donné le poids de la responsabilité parentale qu'elle présuppose, ce qui pourrait nuire au processus réflexif (Fonagy et al., 2012).

En résumé, il ressort de ces analyses que les parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie présentent une FRP globale plus faible que ce qui est attendu dans la population générale. Les cotes spécifiques de FRP les plus élevées demeurent néanmoins relativement faibles et concernent généralement des thématiques qui appellent à des processus de pensée et d'autorégulation moins exigeants, à l'exception de la colère.

L'expérience affective des mères et des pères dont les enfants consultent en pédopsychiatrie

Les expériences affectives parentales positive et négative ainsi que l'expérience affective perçue chez l'enfant ont été explorées chez les mères et les pères ayant participé à cette étude. Bien que l'échantillon de pères ne comporte pas un nombre de participants équivalent à celui des mères et que les deux groupes n'aient pas pu être

comparés de manière statistique, les différences notées entre les groupes suggèrent certaines pistes de réflexion.

Expérience affective parentale. Il ressort de cette étude que l'expérience affective parentale des mères s'avère plus positive, mais également plus négative comparativement à celle des pères. En ce qui concerne l'expérience positive, il semble que les mères se sentent plus satisfaites du soutien qu'elles obtiennent lorsqu'elles en ont besoin, éprouvent plus de joie et plus de chaleur émotionnelle dans le cadre de la relation parent-enfant, se sentent plus confiantes et se montrent plus compétentes dans leur rôle parental et enfin sont davantage centrées sur les besoins de l'enfant, notamment sur ses besoins d'attachement, que les pères. En ce qui concerne l'expérience négative, il semble que les mères ressentent plus de culpabilité, de découragement et d'hostilité à l'égard de l'enfant, des sentiments de colère plus intenses qu'elles expriment davantage dans le cadre de la relation avec l'enfant et enfin, qu'elles ont besoin de plus de soutien que les pères dans le contexte de leur rôle parental. Ainsi, il semble que l'expérience affective parentale des mères soit plus intense que celle des pères, et ce, tant au niveau des aspects positifs que des aspects négatifs. Les exemples qui suivent, présentant les réponses de mères et de pères, illustrent bien ces différences.

Expérience affective parentale positive. À la question concernant un moment où l'enfant et son parent étaient vraiment en accord, une mère répond: « *Quand on écoute la télé collés ensemble... Ah ça, ouais. Ouais, ouais.* [Comment vous sentiez-vous à ce moment-là?] *Bien j'aime ça, je lui flatte le dos, je lui fais des câlins... Il me donne de la*

chaleur, il me donne des câlins, il me dit qu'il m'aime... Ça, j'adore ça. » Dans cet extrait, la mère évoque la chaleur émotionnelle et la proximité qui se dégage de l'interaction ainsi que la réaction affective que suscite cette situation chez elle. À cette même question, un père répond : « *Je lui ai demandé de ramasser; on s'est amusé à découper du carton puis je lui ai demandé de ramasser et il a bien participé, il a ramassé, il a mis les bouts de carton dans le recyclage, comme il faut.* [Comment vous sentez-vous quand vous voyez cela?] *Je suis fier qu'il réagisse à des demandes comme ça.* » Dans cet extrait, le père relate des faits de manière descriptive et met l'accent sur le comportement adéquat adopté par l'enfant. Le seul élément traitant d'une expérience affective concerne le sentiment de fierté et une relance s'est avérée nécessaire pour que le père le mentionne.

Expérience affective parentale négative. À la question concernant une situation ayant donné lieu à un sentiment de colère chez le parent, une mère dit : « *Quand je mets [mon enfant] en conséquence et qu'il n'écoute pas ou qu'il trouve ça drôle, [que je dois courir] pour l'attraper, [que je] tourne en rond... Essayer d'attraper un enfant qui tourne en rond, c'est l'enfer* » tandis qu'après avoir décrit une situation qui le met en colère, par rapport aux dégâts faits par les enfants, un père ajoute : « *C'est sûr que c'est des moments plus difficiles à vivre là (petit rire), le matin en se levant...* ». Dans ces extraits, il ressort que le vocabulaire employé par la mère témoigne d'une émotion plus forte que celle décrite par le père qui, malgré la nature négative de l'émotion évoquée, parvient à en parler de manière posée.

Expérience affective de l'enfant, telle que perçue par le parent. À propos de l'expérience affective perçue chez l'enfant, il ressort que les mères perçoivent une expérience affective moins positive chez leur enfant que les pères. Ainsi, comparativement aux pères, les mères ont davantage l'impression que leur enfant est colérique, manipulateur et qu'il la rejette. Elles perçoivent leur enfant comme étant moins heureux et moins affectueux.

À ce sujet, une mère répond : « *Son caractère, ses crises. Quand il part en crise, je [ne] sais plus quoi faire. [...] Il vient te chercher, il vient tellement te chercher que... Des fois j'aurais envie de lui taper dessus... Je [ne] le ferais pas, mais il a le don de te répondre. Le « non » franc qu'il fait « Pardon ? Tu as 5 ans ti-pit là, hein ? Calme tes hormones ! » Ça va être beau dans une crise d'adolescence ! Mais tu sais, des crises qui sont intolérables [...]. L'autre jour il en a fait une à la garderie, puis j'étais mal pour l'éducatrice. C'était les coups de poing, les coups de pied, les coups de tête. Il crie, il tape dans les murs. [...] ces crises là, maman elle a bien de la misère »* tandis qu'un père affirme, suite à la question portant sur ce que le parent aime le moins chez son enfant : « *Ben on va revenir à ce qu'il écoute pas, mais ça c'est normal, ça suit le cours de l'âge.* » Dans ces extraits, le discours de la mère apparaît envahi par les difficultés de l'enfant au point où cela teinte la manière dont elle perçoit son expérience affective, laquelle semble très négative. La perspective du père est bien différente et comporte une considération de l'aspect développemental des états mentaux de l'enfant, ce qui lui permet de prendre une certaine distance émotionnelle par rapport aux difficultés de l'enfant, lesquelles lui semblent être temporaires.

La perception de l'expérience affective de l'enfant s'avère moins positive chez les mères que chez les pères. Puisque les résultats permettent de croire que les mères vivent l'expérience de la parentalité de manière plus intense que les pères, il est possible de faire l'hypothèse qu'elles se sentent plus interpellées que les pères par les comportements problématiques de leur enfant. Ainsi, elles pourraient être plus sensibles aux aspects négatifs de l'expérience affective de leur enfant comparativement aux pères. De plus, le présent échantillon est composé principalement de mères qui élèvent leur enfant seule. Aux dires de ces mères, la majorité des pères seraient peu présents dans la vie de leur enfant et par conséquent, possiblement moins investis auprès de leur enfant. Il est plausible que les ressources affectives des mères soient grandement sollicitées dans le cadre de la relation parent-enfant et qu'une partie de leurs ressources psychiques soit consacrée à leur propre autorégulation, ce qui rendrait leur tâche plus difficile lorsqu'elles souhaitent aider l'enfant à s'autoréguler. Ainsi, elles pourraient se trouver face à l'impression que l'enfant vit une expérience affective moins positive puisqu'elles ne se sentent pas suffisamment en mesure de l'aider à réguler les émotions difficiles.

La perception des parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie

La dernière partie de cette étude visait à documenter les différentes perceptions identifiées chez les parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie, à savoir la perception qu'ils ont d'eux-mêmes, de leur enfant et de la relation qu'ils entretiennent avec ce dernier. Pour ce faire, la valence (négative, positive ou nuancée) de chacune de ces perceptions a été mise en lumière et il ressort de ces résultats que la valence

dominante est positive, avec 5 parents ayant attribué une valence exclusivement positive à chacune de ces trois perceptions et avec 24 résultats positifs parmi 39, au total.

Borelli, West, Decoste et Suchman (2012) ont analysé le lien entre l'utilisation des mots reliés au langage émotionnel (à valence positive ou négative) et la FRP, l'histoire d'abus de substance et la sensibilité du parent face aux indices transmis par l'enfant à propos de ses besoins, et ce, auprès d'une population de mères suivant un traitement à la méthadone (étant donné leur problème d'abus de substance). Ils ont démontré qu'une utilisation plus fréquente de mots positifs associés aux émotions est corrélée à une FRP plus pauvre, un abus de substance plus récent et à une moindre sensibilité face à la reconnaissance des indices transmis par l'enfant à propos de ses besoins (Borelli et al., 2012). Les questions analysées étaient tirées du PDI-R et concernaient l'expérience intime et négative qui peut être vécue par une mère. Dans ce contexte, l'utilisation de mots à teneur émotionnelle positive paraissait incongrue et Borelli et ses collaborateurs émettent l'hypothèse qu'on peut reconnaître là l'indice d'un évitement des émotions négatives suscitées par ces questions. Or, la capacité du parent à réfléchir aux expériences émotionnelles négatives liées à la parentalité apparaît de grande importance pour mettre en place une relation parent-enfant saine (Borelli et al., 2012).

Dans la présente étude, les adjectifs (positifs ou négatifs) choisis par le parent ont été tirés de trois questions de l'entrevue PDI-R. Il s'agit de celle portant sur la description de l'enfant, celle portant sur la description du parent et celle portant sur leur relation et cette sélection est tirée de la méthode d'analyse du système d'Henderson et al. (2007). Étant

donné le contexte de consultation en pédopsychiatrie, il pourrait sembler normal que les parents choisissent des adjectifs négatifs pour mettre en lumière les difficultés de l'enfant ou les difficultés au sein de la relation parent-enfant. Ainsi, à l'instar des résultats de Borelli et al. (2012), les résultats majoritairement positifs de la présente étude donnent à penser que les parents peinent à reconnaître certains aspects négatifs de la relation qu'ils entretiennent avec leur enfant, ou encore, qu'ils ont de la difficulté à identifier certains aspects négatifs chez eux ou chez leur enfant et que ceci pourrait témoigner de leur faible FRP. Ainsi, la difficulté à reconnaître les aspects négatifs chez soi-même, chez autrui ou au sein d'une relation peut effectivement laisser présager d'une certaine difficulté à considérer les états mentaux.

Le lien entre la FRP et l'expérience affective des parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie

Les parents ayant obtenu une meilleure cote de FRP ont été comparés à ceux ayant obtenu les cotes les moins élevées en ce qui a trait à leurs expériences affectives parentales respectives. Aucune différence ne s'est avérée statistiquement significative. Cependant, les parents présentant les cotes de FRP les plus élevées obtiennent une cote d'expérience parentale positive également plus élevée que les autres parents.

Par exemple, à la question portant sur le sentiment de rejet de l'enfant, une mère répond : « *Oui, [...] il vit [du rejet] (état mental) par rapport à son père, ça, [...] il me le verbalise; [...] [il me dit] par exemple que papa [ne] passe pas assez de temps avec lui. [...] Il a un sentiment de rejet (état mental) par rapport à ça [...] Par rapport à son père*

c'est sûr que ça me blesse et ça me frustré (états mentaux); [...] On [ne] voit vraiment pas les choses de la même façon. Donc pour moi c'est impensable qu'il [ne] veuille pas passer plus de temps avec son fils, puis qu'il le laisse chez sa mère puis tout ça. [...] On est dans une impasse constamment donc je laisse aller, je... [...] je [n]'essaie pas de... de, de lui dire «ben non, papa il veut passer du temps avec toi», ça c'est ce que je faisais peut-être au départ, puis que j'ai arrêté de faire parce que à un moment [...] j'avais l'impression que [mon enfant] vivait encore plus de peine (état mental) face à ça [...] [Ce qui] fait que j'ai arrêté ça, parce que c[e n]'était pas agréable pour lui, puis ni pour moi d'ailleurs (états mentaux). » Dans cet extrait, il ressort que la participante déploie une réflexion explicite illustrant son désir de venir en aide à son enfant qui souffre d'un sentiment de rejet ainsi que les sentiments que suscite cette situation chez elle. Sans être très sophistiquée, la réponse témoigne de la capacité de la mère à prendre en considération ses propres états mentaux et ceux de son enfant face à la problématique, ce qui lui confère une cote de 5, associée à une FRP normale (Slade et al., 2005). La mère constate que sa tentative et son besoin de rassurer son enfant quant au souhait de son père de le voir n'avait pas d'effet sur lui parce que cela ne reflétait pas la réalité. Ce constat lui permet de changer d'attitude. Au final, l'expérience affective de la mère en ressort plus positive puisqu'elle se sent plus à l'aise à l'idée de dire la vérité à son enfant.

Ainsi, il semble que le fait d'être en mesure de réfléchir à certains événements vécus dans le cadre d'une relation tout en considérant sa propre perspective et celle de l'enfant permette au parent de se dégager d'émotions envahissantes. Ceci peut l'inciter à

demeurer ouvert aux états psychiques manifestés par l'enfant et d'y répondre adéquatement.

Conclusion

Cette étude exploratoire vise à documenter la FRP de mères et de pères dont les enfants consultent en pédopsychiatrie ainsi que leur expérience affective parentale, telle que vécue dans le cadre de la relation qu'ils entretiennent avec leur enfant.

Les résultats de la présente étude permettent de constater les difficultés des parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie à considérer leurs états mentaux et ceux de leur enfant, ainsi qu'à réfléchir à leur impact relationnel. Ils permettent également de spécifier les thèmes donnant lieu à plus ou à moins de facilité à solliciter la FR à l'égard de ces questions. Ils mettent finalement en lumière certaines différences entre les mères et les pères de ces enfants ainsi qu'entre les parents qui ont recours à une FR plus ou moins élaborée.

Il ressort de cette étude que les parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie présentent effectivement une FRP inférieure au niveau attendu au sein de la population générale, la situant à un niveau rudimentaire. De façon générale, la FRP de ces parents varie d'une part en fonction de leur capacité à tenir compte de leur propre perspective et de celle de l'enfant dans le contexte d'une interaction et, d'autre part, en fonction de la complexité de la thématique abordée. En effet, elle est plus élevée lorsqu'il s'agit de

réfléchir à un thème ne suscitant pas d'émotion forte (p. ex., une situation où le parent et l'enfant étaient d'accord), mais plus faible lorsqu'il s'agit d'aborder un thème suscitant l'activation du système d'attachement du parent (p. ex., une réflexion entourant l'influence de la relation parent-enfant sur le développement de la personnalité de l'enfant). Ces résultats s'inscrivent dans la lignée de ceux tirés de la documentation scientifique. Or, lorsque le thème de la colère est abordé, les parents du présent échantillon obtiennent une cote de FRP plus élevée comparativement à d'autres thèmes, ce qui constitue un résultat inattendu. Une analyse plus fine permet de constater que l'expression de la colère dans le cadre de la relation parent-enfant est souvent reliée aux rôles de discipline et d'éducation exercés par le parent, une question importante qui pourrait être encore plus prégnante pour les parents d'enfants présentant des difficultés psychiatriques. Cette situation pourrait possiblement les inciter à déployer des efforts psychiques particuliers pour comprendre la dynamique en jeu. Ainsi, les parents de la présente étude démontrent qu'ils sont capables d'identifier leurs états mentaux lorsqu'ils sont en colère, ce qui leur procurerait une cote de FRP plus élevée comparativement à d'autres questions, mais ils semblent néanmoins avoir de la difficulté à élaborer à propos de cette question et à faire un lien avec les états mentaux ou les comportements de l'enfant.

Il ressort également de cette étude que les mères font l'expérience de la parentalité de manière à la fois plus positive et plus négative, ce qui peut se traduire par une expérience de la parentalité plus intense comparativement aux pères. Ces derniers perçoivent une expérience affective plus positive chez leur enfant comparativement aux mères, ce qui

pourrait être en lien avec le fait que l'expérience de la parentalité des pères de cet échantillon est moins soutenue, et donc, qu'ils sont moins interpellés par les aspects négatifs identifiés au sein du vécu émotif de leur enfant.

L'utilisation de mots à valence majoritairement positive pour décrire la perception qu'ils ont d'eux-mêmes, de leur enfant et de la relation qu'ils entretiennent avec ce dernier donne à penser que les difficultés des parents à reconnaître certains aspects négatifs de la relation qu'ils entretiennent avec leur enfant, ou encore, leur difficulté à identifier certains aspects négatifs de leur personnalité ou de celle de leur enfant pourraient être liés à leur faible FRP.

Finalement, l'analyse du lien entre la FRP et l'expérience affective parentale des parents de la présente étude ne permet pas d'identifier de relation significative entre les variables, mais permet de constater que les parents obtenant les cotes de FRP les plus élevées tendent à faire l'expérience de la parentalité de manière plus positive, ce qui semble être en lien avec la théorie et les études cliniques démontrant que le recours à la FR pour se dégager des émotions envahissantes peut aider le parent à mieux tolérer sa propre expérience, et ainsi, à être plus ouvert à l'expérience affective de son enfant.

Au plan clinique, les résultats de la présente étude appuient l'idée selon laquelle des interventions visant le développement du fonctionnement réflexif des parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie pourraient s'avérer pertinentes. En ce sens, une première étape d'intervention psychothérapeutique consiste à aider le parent à tolérer l'expérience interne de son enfant, et ce, en l'aidant à développer un espace psychique

pour tolérer ses propres expériences émotionnelles (Slade, 2006). Ceci aide le parent à réguler et contenir ses émotions. Ce processus permet au parent de développer sa FRP, en travaillant à tolérer les états mentaux les plus simples jusqu'aux relations interpersonnelles dynamiques plus complexes (Slade, 2006). Ainsi, le fait de solliciter la FR pour réfléchir à une situation pourrait aider le parent à mieux accompagner son enfant dans ses difficultés et se traduire par une expérience affective vécue de manière plus positive (Slade, 2006).

Orientation pour les recherches futures

Les limites de la présente étude, à savoir un petit échantillon et l'absence de groupe contrôle, nous amènent à proposer des orientations en vue de la réalisation d'études futures.

D'abord, il serait intéressant d'avoir recours à un échantillon plus large afin de pouvoir détecter des résultats significatifs à partir des analyses statistiques, ce qui favoriserait la généralisation des résultats. Un nombre égal de participants du côté des pères et des mères permettrait également de réaliser des analyses pouvant mettre en lumière des résultats intéressants et représentatifs de la réalité vécue par ces parents.

Ensuite, dans des études à venir visant à documenter la FRP des parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie, il serait important de comparer les résultats du groupe de parents à un groupe de contrôle composé de parents dont les enfants ne

consultent pas en pédopsychiatrie. Ceci permettrait de mettre en lumière les éléments propres à l'expérience d'avoir un enfant qui consulte en pédopsychiatrie.

Références

- ABER J.L., BELSKY J., SLADE A., CRNIC, K. : « Stability and change in mothers' representations of their relationship with their toddlers », *Developmental Psychology*, 1999 ; 35 (4) : 1038-1047.
- ABER J.L., SLADE A., BERGER B., BRESGI I., KAPLAN M. : « Parent Development Interview », 2001, Manuscrit inédit, City College of New York, New York, 2001.
- AINSWORTH M.D.S. : « Attachments beyond infancy », *American Psychologist*, 1989 ; 44 (4) : 709-716.
- ALLEN J.G. : *Traumatic relationships and serious mental disorders*, John Wiley & sons, Chichester, 2001
- ALLEN J.G. : « Mentalizing », *Bulletin of the Menninger Clinic*, 2003 ; 67 : 91-112.
- ALLEN J.G., FONAGY P. : « Preface », in ALLEN J. G., FONAGY P. : *Handbook of mentalization-based treatment*, John Wiley & Sons, Chichester, 2006 ; p. p. xix-xxi.
- ARNOTT B., MEINS, E. : « Links among antenatal attachment representations, postnatal mind-mindedness, and infant attachment security: A preliminary study of mothers and fathers », *Bulletin of Menninger Clinic*, 2007 ; 71 : 132-149.
- BARON-COHEN S., LESLIE A.M., FRITH U. : « Does the autistic child have a 'theory of mind'? », *Cognition*, 2007 ; 21 (1) : 37-46.
- BEHLING I., LAW K.S. : *Translating questionnaires and other research instruments - Problems and solutions*, Sage Publications, Londres, 2000.
- BORELLI J.L., WEST J.L., DECOSTE C., SUCHMAN N.E. : « Emotionally avoidant language in the parenting interviews of substance-dependent mothers: associations with reflective functioning, recent substance use, and parenting behavior », *Infant Mental Health Journal*, 2012 ; 33 (5) : 506-519.
- BOYLE M.H., GEORGIADES K. : « Perspectives on child psychiatric disorder in Canada », in CAIRNEY J. : *Mental disorder in Canada : An epidemiological perspective*, University of Toronto Press, Toronto, 2010 ; p. 205-226.
- BRETON J.J., CHINIARA G., BERTHIAUME C. : « Variables associées aux troubles

- mentaux et aux symptômes chez les enfants d'âge préscolaire inscrits en pédopsychiatrie », *Psychiatrie, Recherche et Intervention en Santé Mentale de l'Enfant*, 1996 ; 6 (1) : 180-196.
- DUNN J., BROPHY M. : « Communication, Relationships, and Individual Differences in Children's Understanding of Mind », in ASTINGTON J.W., BAIRD J.A. : *Why language matters for theory of mind*, Oxford University Press, New York, 2005 ; p. 50-69.
- ENSINK K., BÉGIN M., NORMANDIN L., FONAGY P. : « Maternal and child reflective functioning in the context of trauma: Pathways to depression ». Manuscrit soumis pour publication.
- ENSINK K., NORMANDIN L., TARGET M., FONAGY P., SABOURIN S., BERTHELOT N. : « Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale », *British Journal of Developmental Psychology*, 2015 ; 33 : 203-217.
- FLOURI E., TZAVIDIS N., KALLIS C. « Adverse life events, area socioeconomic disadvantage and psychopathology and resilience in young children: the importance of risk factors' accumulation and protective factors' specificity », *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2010 ; 19 : 535-546.
- FONAGY P. : « Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient », *International Journal of Psychoanalysis*, 1991 ; 72 : 639-656.
- FONAGY P. : « Toward a developmental understanding of violence », *British Journal of Psychiatry*, 2003 ; 183 : 190-192.
- FONAGY P. : « Foreword », in VERHEUGT-PLEITER A.J.E., ZEVALKINK J., SCHMEETS M.G.J. : *Mentalizing in child therapy: Guidelines for Clinical Practitioners*, Karnac, Londres, 2008 ; p. xxi-xxiv.
- FONAGY P., BATEMAN A.W., LUYTEN P. « Introduction and overview », in BATEMAN A.W., FONAGY P. : *Handbook of mentalizing in mental health practice*, American Psychiatric Association, Arlington, 2012 ; p. 3-42.
- FONAGY P., GERGELY G., JURIST E.L., TARGET M. : « Attachment and reflective function: their role in self-organization », in FONAGY P., GERGELY G., JURIST E.L., TARGET M. : *Affect regulation, mentalization, and the*

development of the self, Other Press, New York, 2004 ; p. 23-64.

FONAGY P., GERGELY G., TARGET M. : « The parent-infant dyad and the construction of the subjective self », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007, 48 (3-4) : 288-328.

FONAGY P., TARGET M. : « The mentalization-focused approach to self pathology », *Journal of Personality Disorders*, 2006 ; 20 : 544-576.

FONAGY P., TARGET M., STEELE H., STEELE M. : « Reflective-Functioning Manual », 1998, Manuscrit inédit.

HENDERSON K., STEELE M., HILLMAN S. : « Parent Development Interview - Coding system », 2000, Manuscrit inédit.

HENDERSON K., STEELE M., HILLMAN S. : « Parent Development Interview - Coding system - Revised », 2007, Manuscrit inédit.

KATZ L.F., WINDECKER-NELSON B. : « Parental meta-emotion philosophy in families with conduct-problem children: links with peer relations », *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2004 ; 32 (4) : 385-398.

KIM-COHEN J., CASPI A., MOFFIT T.E., HARRINGTON H., MILNE B.J., POULTON R. : « Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder : Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort », *Archives of General Psychiatry*, 2003 ; 60 : 709-717.

KRAVETZ S., KATZ S., ALFA-ROLLER I., YEHOSHUA S. : « Aspects of a Theory of Mind and Self-Reports of Quality of Life by Persons with Mental Retardation », *Journal of Developmental & Physical Disabilities*, 2003 ; 15 (2) : 165-183.

SCHMEETS M.G.J. : « Theoretical concepts », in VERHEUGT-PLEITER A.J.E., ZEVALKINK J., SCHMEETS M.G.J. : *Mentalizing in child therapy: Guidelines for Clinical Practitioners*, Karnac, Londres, 2008 ; p. 7-21.

SHARP C. : « Mentalizing problems in childhood disorders », in ALLEN J. G., FONAGY P. : *Handbook of mentalization-based treatment*, John Wiley & Sons, Chichester, 2006 ; p. 101-121.

SHARP C. « Biased mentalizing in children aged seven to 11: Latent class confirmation of response styles to social scenarios and associations with psychopathology », *Social Development*, 2007 ; 16 : 181-202.

- SHARP C., FONAGY P., GOODYER I.M. « Imagining your child's mind: psychosocial adjustment and mother's ability to predict their children's attributional style », *British Journal of Developmental Psychology*, 2006 ; 24 : 197-214.
- SHARP C., WILLIAMS L.L., HA C., BAUMGARDNER J., MICHONSKI J., SEALS R., ... FONAGY P. « The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit », *Bulletin of Menninger Clinic*, 2009 ; 73 (4) : 311-338.
- SLADE A., ABER J.L., BERGER B., BRESGI I., KAPLAN M. : « Parent Development Interview Revised - Version française », 2002, Manuscrit inédit.
- SLADE A. : « Parental reflective functioning: an introduction », *Attachment & Human Development*, 2005 ; 7 (3) : 269-281.
- SLADE A., BELSKY J., ABER J.L., PHELPS J.L.: « Mothers' representations of their relationships with their toddlers : links to adult attachment and observed mothering », *Developmental Psychology*, 1999 ; 35 (3) : 611-619.
- SLADE A., BERNBACH E., GRIENENBERGER J., LEVY D.W., LOCKER A. « Addendum to reflective functioning scoring manual for use with the Parent Development Interview », 2001, Manuscrit inédit.
- SLADE A., BERNBACH E., GRIENENBERGER J., LEVY D.W., LOCKER A. : « Addendum to Reflective Functioning Scoring Manual, version 2.0 », 2005, Manuscrit inédit.
- SLADE A., GRIENENBERGER J., BERNBACH E., LEVY D., LOCKER A. : « Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study », *Attachment and Human Development*, 2005 ; 7 (3) : 283-298.
- STEELE M., HENDERSON K., HODGES J., KANIUK J., HILLMAN S., STEELE H. : « Chapter six: In the best interests of the late-placed child: A report from the attachment representations and adoption outcome study », in BERGER S., JURIST E., & SLADE A. : *Mind to mind: Infant research, neuroscience, and psychoanalysis*, Random House, New York, 2008 ; p. 152-183.
- TERRADAS M.M. : *La fonction réflexive chez les mères d'enfants victimes d'abus sexuel : Développement d'une échelle mesurant le fonctionnement réflexif de la mère dans un contexte d'interaction mère-enfant*. Thèse de doctorat inédite,

Université Laval, Québec, 2007.

URFER F.-M., ACHIM J., TERRADAS M.M., ENSINK K. : « Capacité de mentalisation parentale et problématiques pédopsychiatriques : perspectives théorique et clinique », *Devenir*, 2014 ; 26 (3) : 227-251.

WINNICOTT D.W. *Jeu et réalité*. Gallimard, Paris, 1971.

Conclusion

Le premier article de cette thèse avait pour objectif de présenter une revue de la documentation scientifique portant sur la capacité de mentalisation (CM), la capacité de mentalisation parentale (CMP), la fonction réflexive parentale (FRP) et sur le lien entre ces variables et les problématiques d'ordre psychiatrique vécues par certains enfants. Les concepts de CM, de CMP et de FRP ont été définis, le développement normal et pathologique de la CM chez l'enfant dans le contexte de la relation avec ses parents a été abordé et les écrits traitant du lien entre FRP et psychopathologie ont été présentés. Ainsi, les notions étroitement liées au développement de la CM ont été élaborées, à savoir la fonction miroir (Winnicott, 1971), la contingence, la congruence et la différenciation (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2004; Fonagy & Target, 2007). Ce premier article a donc démontré l'importance de se pencher sur la FRP de la mère et du père pour mieux comprendre les difficultés de l'enfant, ce qui est soutenu par des travaux théoriques, cliniques et empiriques.

Le second article de cette thèse s'est appuyé sur les fondements théoriques présentés dans le premier article. L'étude empirique exploratoire réalisée visait à évaluer et décrire la FRP de mères et de pères d'enfants âgés de 20 à 60 mois consultant en pédopsychiatrie. Ceci a été possible grâce à l'analyse d'une entrevue semi-structurée qui leur a été administrée, le *Parental Development Interview - Revised* (PDI-R; Slade et al., 2002) au moyen de 2 systèmes, soit le système de cotation de la FR (Slade, Bernbach, Grienenberger, Levy, & Locker, 2005) et le système de cotation du PDI (Henderson, Steele, & Hillman, 2007). Des analyses descriptives et quantitatives ont permis

l'évaluation et la description de la qualité de la FRP des parents et de l'expérience affective parentale en fonction de diverses émotions se déployant dans le cadre de la relation parent-enfant. Les résultats ont fait ressortir chez les parents de cette étude une FRP inférieure à celle attendue au sein de la population générale. Cet article a également permis de mettre en lumière que le score de FRP obtenu en fonction de différentes thématiques abordées dans l'entrevue PDI-R peut être supérieur ou inférieur suivant la complexité de l'effort demandé, c'est-à-dire nécessitant la prise en compte d'une seule ou de plusieurs perspectives, et suivant l'intensité des émotions reliées à ces thématiques. Il ressort des analyses réalisées que l'expérience affective parentale chez les mères était vécue de manière plus intense que chez les pères et que l'expérience affective perçue chez l'enfant était plus négative selon les mères que selon les pères. Ceci pourrait être lié à l'investissement émotionnel particulièrement important chez les mères de cet échantillon. Finalement, des scores de FRP plus élevés ont été identifiés chez des parents vivant une expérience affective plus positive de la parentalité comparativement aux autres parents mais cette différence s'est avérée non significative. L'incapacité à reconnaître les aspects négatifs d'une relation parent-enfant a été identifiée comme pouvant être liée à des difficultés au plan de la FRP, ce qui souligne l'importance de mentaliser à propos des événements douloureux pour se dégager d'émotions difficiles à vivre. En ce sens, il apparaît pertinent d'offrir aux parents dont les enfants sont suivis en pédopsychiatrie un soutien spécifique à cet égard.

Cette thèse présente certaines limites. D'une part, elle comporte un petit échantillon de participants. À cela s'ajoute le fait que le nombre de pères interviewés

demeure très restreint et plus petit que le nombre de mères ayant participé à l'étude. Cette situation limite considérablement la généralisation des résultats ainsi que la possibilité de comparer la FRP des pères et des mères, ce que visait initialement l'étude. Malgré une expérimentation s'étant déroulée sur plusieurs mois, il n'a pas été possible de recruter davantage de pères. D'autre part, le PDI-R (Slade et al., 2002) est le seul outil utilisé et il s'appuie essentiellement sur la capacité d'élaboration verbale du parent. Il est possible que ceci ait entraîné un biais puisque les parents limités à cet égard ont possiblement obtenu de moins bons résultats que les autres. Dans le contexte d'études à venir, il serait important de poursuivre les travaux de recherches s'intéressant à la FRP des pères et des mères d'enfants consultant en pédopsychiatrie, mais également à leurs spécificités afin de mieux comprendre l'apport distinct de la FRP de chacun d'eux auprès de leur enfant. Pour ce faire, le recours à des devis de recherches mixtes, alliant volets quantitatif et qualitatif, s'avèrerait des plus pertinents.

Malgré ces limites, cette étude permet de mettre en lumière des résultats appuyés par certaines observations réalisées en contexte clinique et s'inscrivant dans la lignée de résultats tirés de certaines études empiriques, présentées dans les deux articles de cette thèse. De plus, cette étude fait partie d'un projet de recherche plus vaste portant sur la santé mentale d'enfants d'âge préscolaire et de leurs parents consultant en pédopsychiatrie. Ce dernier est en cours au Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il s'agit d'un projet de recherche qui pourra permettre de corréler différentes variables pour mieux comprendre la FRP et ainsi mettre à l'épreuve certains résultats puisqu'il implique un plus grand nombre de mesures et de participants.

Les résultats de la présente étude exploratoire ouvrent la porte à différentes possibilités d'application des concepts explorés dans cette thèse. Au plan clinique, ils appuient l'idée selon laquelle des interventions visant le développement de la FRP pourraient aider les parents dont les enfants consultent en pédopsychiatrie. Ces interventions soutiendraient les parents dans leur capacité à mieux réguler et contenir leurs propres émotions, à mieux tolérer l'expérience interne de leur enfant et ainsi à mieux l'accompagner dans ses difficultés tout en améliorant la relation parent-enfant (Slade, 2005). Ainsi, les deux articles de cette thèse pourraient servir à orienter certaines réflexions et être à l'origine d'idées d'interventions dans le cadre d'une pratique clinique.

Références

- Achim, J. (2009, Septembre). *Ouverture*. Communication présentée dans le cadre du colloque Fonction réflexive, mentalisation et autorégulation, applications cliniques pour la pédopsychiatrie, Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et Service de psychologie de l'Université de Sherbrooke, Montréal, Canada.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, *44*, 709-716.
- Allen, J. G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *67*, 91-112.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). Development. Dans J. G. Allen, P. Fonagy, & A. W. Bateman (Éds), *Mentalizing in clinical practice* (pp. 73-112). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Arnott, B., & Meins, E. (2007). Links among antenatal attachment representations, postnatal mind-mindedness, and infant attachment security: A preliminary study of mothers and fathers. *Bulletin of Menninger Clinic*, *71*, 132-149.
- Blatt, S. J., Auerbach, J. S., & Behrends, R. S. (2008). Changes in the representation of self and significant others in the treatment process. Dans E. L. Jurist, A. Slade, & S. Bergner (Éds), *Mind to mind : infant research, neuroscience, and psychoanalysis* (pp. 225-263). New York: Other Press.
- Boyle, M. H., & Georgiades, K. (2010). Perspectives on child psychiatric disorder in Canada. Dans J. Cairney (Éd), *Mental disorder in Canada : An epidemiological perspective* (pp. 205-226). Toronto: University of Toronto Press.
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2011, Mars). *The importance of fathers' and couples' attachment in enhancing children's adaptation*. Communication présentée à la quinzième rencontre biennale de la Society for Research in Child Development - SRCDC Pre-Conference on Attachment, Montréal, Canada.
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., & Fonagy, P. (2015). Maternal and child reflective functioning in the context of trauma: pathways to depression and externalizing difficulties. Manuscrit soumis pour publication.
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the

- validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology*, 33, 203-217.
- Flouri, E., Tzavidis, N., & Kallis, C. (2010). Adverse life events, area socioeconomic disadvantage and psychopathology and resilience in young children: The importance of risk factors' accumulation and protective factors' specificity. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 535-546.
- Fonagy, P. (2008). Foreword. Dans A. J. E. Verheugt-Pleiter, J. Zevalkink, & M. G. J. Schmeets (Éds), *Mentalizing in child therapy* (pp. xxi-xxiv). London: Karnac.
- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. Dans A. W. Bateman, & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 3-42). Arlington: American Psychiatric Association.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. Dans P. Fonagy, G. Gergely, E. L. Jurist, & M. Target (Éds), *Affect regulation, mentalization, and the development of the self* (pp. 23-64). New York: Other Press.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-218.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 288-328.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20, 544-576.
- Fonagy, P., & Target, M. (2007). Playing with reality: IV: A theory of external reality rooted in intersubjectivity. *International Journal of Psycho-Analysis*, 88, 917-937.

- Henderson, K., Steele, M., & Hillman, S. (2007). *Parent Development Interview - Coding system - Revised*. Document inédit, The Anna Freud Center (Londres), University College London (Londres), New School for Social Research (New York).
- Katz, L. F., & Windecker-Nelson, B. (2004). Parental meta-emotion philosophy in families with conduct-problem children: Links with peer relations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 385-398.
- Perner, J. (1991). *Understanding the representational mind*. Cambridge: MIT Press.
- Schmeets, M. G. J. (2008). Theoretical concepts. Dans A. J. E. Verheugt-Pleiter, J. Zevalkink, & M. G. J. Schmeets (Éds), *Mentalizing in child therapy* (pp. 7-21). London: Karnac.
- Sharp, C. (2006). Mentalizing problems in childhood disorders. Dans J. G. Allen, & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 101-121). Chichester: John Wiley & Sons.
- Sharp, C. (2007). Biased mentalizing in children aged seven to 11: Latent class confirmation of response styles to social scenarios and associations with psychopathology, *Social Development*, 16, 181-202.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17, 737-754.
- Sharp, C., Fonagy, P., & Goodyer, I. M. (2006). Imagining your child's mind: Psychosocial adjustment and mother's ability to predict their children's attributional style. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 197-214.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment & Human Development*, 7, 269-281.
- Slade, A., Aber, J. L., Berger, B., Bresgi, I., & Kaplan, M. (2002). *The Parent Development Interview Revised*. Document inédit, Yale Child Study Center, Connecticut, NH.
- Slade, A., Bernbach, E., Grienenberger, J., Levy, D., & Locker, A. (2005). *Addendum to Fonagy, Target, Steele, & Steele Reflective Functioning Scoring Manual for use with the Parent Development Interview - Version 2.0*. Document inédit, The City College and Graduate Center of the City University of New York, NY.

- Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 459-479.
- Winnicott, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.
- Zevalkink, J. (2008). Assessment of mentalizing problems in children. Dans A. J. E. Verheugt-Pleiter, J. Zevalkink, & M. G. J. Schmeets (Éds), *Mentalizing in child therapy* (pp. 22-40). London: Karnac.

Appendice A

Parent Development Interview – Revised (Version française)

**Document retiré pour respect du
droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du
droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du
droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du
droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du
droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du
droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du
droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du
droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du
droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du
droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du
droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du
droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du
droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du
droit d'auteur.**

