

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LES SYMPTÔMES DE TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE COMME
MÉDIATEUR DE L'ASSOCIATION ENTRE LES ANTÉCÉDENTS DE
MALTRAITANCE INFANTILE ET LES CAPACITÉS DE
MENTALISATION PARENTALE PRÉNATALE

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
MAUDE DOUCET-BRUYÈRE

JUIN 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Nicolas Berthelot, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	directeur de recherche
--	------------------------

Carl Lacharité, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	codirecteur de recherche
---	--------------------------

Jury d'évaluation :

Nicolas Berthelot, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	directeur de recherche
--	------------------------

Julie Maheux, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	évaluatrice interne
---	---------------------

Miguel M. Terradas, Ph. D. Université de Sherbrooke	évaluateur externe
--	--------------------

Sommaire

Problématique. La maltraitance infantile peut provoquer une influence majeure dans le développement d'un individu. Elle agirait, entre autres, à titre de facteur de vulnérabilité quant à l'émergence de certains troubles dont celui de la personnalité limite. Pourtant, la maltraitance infantile demeure un sujet sous-étudié au Canada comparativement au reste des pays industrialisés. Son impact sur la grossesse et sur les capacités de la mère et du père à réfléchir par rapport à celle-ci ne le sont guère plus. **Objectif.** Cet essai a pour objectif d'évaluer si la sévérité des expériences traumatiques vécues au cours de l'enfance est associée à la qualité de la mentalisation parentale prénatale, et si cette association est médiée par la sévérité des caractéristiques associées au trouble de la personnalité limite.

Méthode. Trente participants primipares (23 femmes et 7 hommes) âgés entre 17 et 41 ans ont été recrutés au sein des cours prénataux offerts au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ). Le *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) était complété sur place alors que les entretiens de grossesse étaient réalisés au troisième trimestre à domicile ou dans des locaux de recherche à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Des analyses de comparaisons de moyennes ont d'abord été effectuées afin d'évaluer si les participants ayant vécu de mauvais traitements présentaient de moins bonnes habiletés de mentalisation parentale prénatale que les participants sans histoire de maltraitance. Des analyses de médiation ont ensuite été réalisées afin d'évaluer le rôle médiateur des symptômes du trouble de la personnalité limite dans l'association entre la sévérité des traumas vécus et les habiletés de mentalisation parentale prénatale. **Résultats.** Les participants ayant vécu de mauvais

traitements au cours de leur enfance présentaient des habiletés de mentalisation parentale prénatale similaires à celles des participants sans antécédents de maltraitance. Toutefois, la sévérité des traumas infantiles exerçait un effet indirect sur les habiletés de mentalisation parentale prénatale via la sévérité des symptômes du trouble de la personnalité limite. **Conclusion.** Les résultats révèlent que plus les femmes et les hommes en attente d'un enfant ont vécu des expériences traumatiques sévères au cours de leur enfance, plus ils étaient susceptibles de présenter des symptômes associés au trouble de la personnalité limite, ce qui était en retour associé à de moins bonnes capacités de mentalisation parentale prénatale. Ces résultats sont susceptibles d'informer le dépistage des parents les plus à risque ainsi que l'intervention clinique.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique	4
Grossesse.....	6
Bouleversements psychologiques	8
Réorganisation identitaire	8
Santé mentale	10
Bouleversements physiologiques.....	14
Système endocrinien	14
Système nerveux	15
Bouleversements relationnels	16
Relation conjugale	16
Relations familiales.....	18
Maltraitance infantile	19
Maltraitance infantile et grossesse	20
Bouleversements psychologiques	21
Réorganisation identitaire	21
Santé mentale	22
Bouleversements physiologiques.....	25

Système endocrinien	25
Système nerveux	26
Bouleversements relationnels	27
Relation conjugale	27
Relations familiales.....	28
Mentalisation et parentalité.....	30
Mentalisation parentale prénatale	34
Mentalisation parentale prénatale et maltraitance infantile	36
Maltraitance infantile et trouble de la personnalité limite	39
Trouble de la personnalité limite et mentalisation parentale prénatale.....	41
Objectifs et hypothèses de recherche	45
Méthode.....	46
Participants.....	47
Instruments de mesure	49
Childhood Trauma Questionnaire.....	49
Personality Diagnostic Questionnaire.....	49
Pregnancy Interview Revised	50
Déroulement.....	51
Plan de l'expérience	52
Résultats	54
Analyses préliminaires.....	55
Analyse de comparaison des groupes dans l'échantillon.....	56

Analyse de médiation.....	56
Discussion	58
Impacts et retombées théoriques et pratiques possibles.....	63
Limites et pistes de recherche futures	65
Conclusion	69
Références	71
Appendice. Formulaire de consentement	95

Liste des tableaux

Tableau

1	Description des participants	48
2	Corrélations entre les variables à l'étude et les variables potentiellement confondantes.....	56

Remerciements

Je crois que cette page n'est pas assez grande pour contenir les beaux mots que je souhaiterais adresser à tous ceux et celles qui m'ont supportée lors de ce périlleux périple qu'a été la rédaction de cet essai doctoral. Je tiens particulièrement à souligner l'implication des participants à l'étude, la présence et la disponibilité de mon directeur, Nicolas Berthelot, et de mon codirecteur, Carl Lacharité, qui ont su me rassurer et me soutenir lors des moments houleux. Ma famille, mes superviseurs cliniques et mes amis de près ou de loin qui venaient aux nouvelles concernant l'avancement de ce travail. Je vais enfin pouvoir leur manifester la joie qu'est de compléter ce qui représente pour moi, à ce jour, le plus grand travail de persévérance et de dépassement de soi jamais réalisé. La petite Maude du secondaire ne l'aurait jamais cru.

Introduction

La maltraitance est un phénomène qui mérite qu'on lui porte une attention particulière, entre autres, pour les dommages psychologiques qu'elle cause aux nombreuses victimes, qui représentent plus d'un adulte sur trois au Québec et ailleurs au pays (Afifi et al., 2011; Tourigny et al., 2006). En effet, Dye (2018) a constaté que les expériences traumatiques relationnelles précoces sont associées, à l'âge adulte, aux troubles anxieux, à la dépression majeure, aux troubles de stress post-traumatique, aux troubles des conduites ainsi qu'à la toxicomanie. Plusieurs études recensées par MacIntosh et ses collaborateurs (2015) ont également indiqué une forte association entre un vécu traumatique précoce et le trouble de la personnalité limite. Pourtant, la maltraitance demeure sous-étudiée au Canada comparativement au reste des pays industrialisés (Afifi et al., 2011).

La grossesse représenterait potentiellement un moment de grande vulnérabilité pour les victimes de maltraitance en enfance (Narayan et al., 2016). En effet, des expériences traumatiques augmenteraient le risque que les femmes enceintes rapportent d'importants bouleversements émotionnels (Alvarez-Segura et al., 2014; Marcus et al., 2003; Slade et al., 2009), ce qui augmenterait en retour le risque qu'elles présentent des symptômes de dépression, de dissociation et de stress post-traumatiques. Slade et ses collaborateurs (2009) soutiennent également que la grossesse peut réactiver les traumatismes d'attachement non résolus et non mentalisés, augmentant le risque que les mères

développent des sentiments négatifs envers le bébé et la maternité (Berthelot et al., 2015). De nombreuses études ont identifié qu'une bonne capacité à mentaliser pourrait représenter un facteur de résilience suite à l'expérience de mauvais traitements (Chiesa & Fonagy, 2014; Ensink et al., 2014; Fonagy et al., 1994), notamment en cours de grossesse (Berthelot et al., 2019; Garon-Bissonnette et al., sous presse) et jouer un rôle non négligeable dans l'établissement de relations mère-enfant sécurisantes (Ensink et al., 2016; Kelly et al., 2005; Slade, 2005). Or, des sous-groupes particuliers de la population, dont les parents souffrant d'un trouble de la personnalité, présenteraient à la fois un risque accru d'avoir été exposées à des traumatismes au cours de leur enfance (Porter et al., 2020) et de présenter des déficits de mentalisation (Newman-Morris et al., 2020). Il semble donc possible de penser que les traumatismes interfèrent avec le développement de la personnalité, contribuant en retour à l'émergence de difficultés à réfléchir à la grossesse et à l'enfant à venir en termes d'états mentaux, ce qui est opérationnalisé par le concept de mentalisation parentale prénatale (Pajulo et al., 2006).

À ce jour, très peu de recherches se sont penchées sur la mentalisation parentale au cours de la période prénatale chez les femmes et les hommes ayant été victimes de maltraitance durant l'enfance. Le présent essai a pour objectif d'évaluer si les expériences traumatiques vécues au cours de l'enfance sont associées à la qualité de la mentalisation parentale prénatale, et si l'association entre la sévérité des traumatismes et les capacités de mentalisation parentale prénatale est médiée par la sévérité des caractéristiques associées au trouble de la personnalité limite.

Contexte théorique

Le contexte théorique est constitué de quatre sections. Plus précisément, la première aborde les bouleversements associés à la grossesse sur le plan psychologique, physiologique et relationnel. Ce chapitre permet d'abord de situer la grossesse comme une période de vie au cours de laquelle les parents passent à travers un ensemble d'aménagements sur plusieurs sphères de fonctionnement, et que ces nombreux bouleversements sont susceptibles d'accroître l'expression de fragilités sur le plan de la personnalité. Deuxièmement, cette section permet de soutenir l'importance de porter une attention particulière à la façon dont les femmes et les hommes mentalisent, et ce, spécifiquement par rapport à la grossesse. La deuxième section introduit les répercussions associées à un vécu de maltraitance au cours de l'enfance. Cette présentation soutient notamment que les mauvais traitements affectent les mêmes sphères de fonctionnement qui sont généralement fragilisées lors d'une grossesse, et que les parents ayant une histoire traumatique s'avèrent conséquemment particulièrement vulnérable lors de cette période. La troisième section discute des capacités de mentalisation en lien avec les mauvais traitements infantiles et les manifestations du trouble de la personnalité limite. Ce chapitre souligne la pertinence de se pencher sur la relation entre ces trois variables encore bien peu explorées dans la littérature. Il est à noter que les sections suivantes discutent davantage de la grossesse chez les femmes en raison du nombre de participantes plus élevée dans l'échantillon à l'étude ainsi que d'un manque de soutien empirique notable chez les hommes et la période prénatale.

Grossesse

La grossesse implique que la mère subisse une transformation et une réorganisation psychologique tout au long du processus développemental qu'elle représente (Ammaniti et al., 1999; Bibring et al., 1961; Slade et al., 2009). En effet, plusieurs auteurs affirment que cette période constitue l'une des transitions les plus intenses de la vie nécessitant, entre autres, une préparation et un ajustement psychologique important (Alvarez & Cayol, 2015; Bibring et al., 1961; Caplan, 1957; Raphael-Leff, 1990). Globalement, ce moment charnière engendre des impacts notables sur le développement identitaire de la femme, mais aussi sur sa santé psychologique et sur la façon dont elle perçoit son corps (Alvarez-Segura et al., 2014; Slade et al., 2009; Strang & Sullivan, 1985).

Plusieurs auteurs considèrent cette période comme une forme de crise. D'ailleurs, Bibring et ses collègues (1961) considèrent la grossesse comme une crise maturationnelle ou développementale dans laquelle s'inscrit une désorganisation affective, cognitive et comportementale provoquée par un changement de rôle imposé par la maturation physique et psychologique. Colman et Colman (1977) considèrent la période de la grossesse comme une crise psychologique au cours de laquelle la femme traverse une phase régressive où elle s'intéresse davantage au passé, particulièrement à sa relation avec sa propre mère. D'après Antonucci et Mikus (1988), cette crise est considérée comme une possibilité de régresser et de s'attacher rigidement à des schémas de pensées dysfonctionnelles ou de développer de nouvelles stratégies d'adaptation et de nouvelles dimensions du soi. Bydlowski (2000) reprend d'ailleurs le concept de « crise psychique »

de Winnicott pour analyser la grossesse comme une crise maturationnelle. Selon l'auteure, cette crise permettrait à la mère de retrouver et de vivre des émotions profondément enfouies en elle et de s'en libérer, pour ensuite prendre confiance en ses capacités de mère. Slade et al. (2009) conçoivent également la période de la grossesse comme une crise développementale, une expérience émotionnelle unique pour la plupart des mères, qui réactive les représentations internalisées des principales figures d'attachement. Par conséquent, la grossesse se définit, au plan psychique, comme étant une crise évolutive qui engendre la création d'un nouvel équilibre par le réaménagement de l'identité, et ce, en revisitant inévitablement les expériences passées de la mère. Cette crise développementale et identitaire serait également observée chez le père à la période prénatale. Autrement dit, ce dernier expérimenterait aussi une réorganisation du réseau identificatoire intergénérationnel et de l'image de soi (Cupa & Riazuelo-Deschamps, 2001). De ce fait, bon nombre de chercheurs s'accordent pour dire que la transition à la parentalité constitue l'une des tâches développementales les plus importantes de l'âge adulte au plan psychique, entraînant de multiples bouleversements et provoquant une maturation marquée chez le parent (Ammaniti et al., 2013; Bibring et al., 1961; Dion, 1985; Slade et al., 2009). La première grossesse est jugée comme étant différente des grossesses ultérieures, puisque la transition à la parentalité est entièrement nouvelle (Pajulo et al., 2015).

Bouleversements psychologiques

La grossesse est une période empreinte de bouleversements psychologiques, physiologiques et relationnels (Ammaniti et al., 2013; Pajulo et al., 2015; Raphael-Leff, 1990; Slade et al., 2009). Ces bouleversements s'inscrivent dans un contexte de vie unique à chaque parent et s'interinfluencent de façon complexe. Par ailleurs, ils peuvent être à la source d'importantes perturbations émotionnelles chez le parent, certaines étant normales et attendues et d'autres prenant directement racine dans leur histoire de vie (Berthelot et al., 2016; Slade et al., 2009).

Réorganisation identitaire

La réorganisation identitaire fait partie intégrante du processus maturationnel qu'est la grossesse, puisqu'une redéfinition de soi est nécessaire pour incarner ce nouveau rôle de parent (Ammaniti et al., 1999; Bibring et al., 1961; Markin, 2013; Raphael-Leff, 1990; Slade et al., 2009). Ammaniti et ses collaborateurs (1999) dépeignent la grossesse comme une période évolutive fondamentale du développement de l'identité. Le parent doit parvenir à acquérir une identité parentale qui répond à sa propre personnalité, une identité unique et distincte de celle de leurs propres parents (Colman & Colman, 1977). D'ailleurs, Galinsky (1981) fait référence à cette première étape de parentalité en tant que période favorisant la création d'image (*image-making*) durant laquelle la femme enceinte développe une image d'elle-même en tant que mère. Selon Antonucci et Mikus (1988), la grossesse semble être le moment le plus propice à l'émergence du Soi-maternel (*mother-self*). Celui-ci se développe à partir de la conceptualisation du Soi passé tout en y intégrant

les aspirations futures (Markus & Nurius, 1986). Autrement dit, le Soi-maternel consiste en une représentation de ce que la femme enceinte aspire à devenir comme mère tout en se référant à son passé.

De façon générale, les réaménagements identitaires découlant de crises évolutives se font immuablement par la remise en question des périodes charnières de notre cheminement et par la réactualisation des conflits latents. La crise évolutive a ainsi le pouvoir de mettre en lumière les événements douloureux antérieurs qui ont la potentialité de désorganiser l'individu qui la vit (Alvarez & Cayol, 2015). Par conséquent, le développement de l'identité parental peut devenir particulièrement complexe chez le parent ayant vécu des traumatismes d'attachement. Pendant cette période, le parent se réfère inmanquablement à ses modèles internes pour le guider tout au long de son expérience prénatale (Bibring et al., 1961; Markin, 2013; Slade et al., 2009). En d'autres mots, la transition à la parentalité replonge le parent dans ses relations d'objet internalisées avec ses propres parents pour lui permettre, entre autres, de s'identifier à ceux-ci. La femme enceinte se réfère donc à ses expériences antérieures, lesquelles modèlent ses attentes face à la maternité (Slade et al., 2009). D'un côté, les événements passés qui ont été positifs représentent une base solide sur laquelle la femme peut forger sa nouvelle identité de mère (Alvarez & Cayol, 2015). De l'autre, plus la relation avec ses figures d'attachement fut complexe ou traumatique, plus cette expérience risque d'être bouleversante (Pines, 1972). D'ailleurs, Markin (2013) affirme que les conflits non résolus associés à l'histoire d'attachement du parent peuvent entraîner une grande souffrance et un déséquilibre

psychologique. Si ces conflits demeurent irrésolus pendant le processus développemental qu'est la grossesse, ils risquent d'engendrer des impacts négatifs sur l'expérience de la grossesse et de parentalité autant chez la mère que le père. La crise identitaire se voit alors complexifiée par ces conflits antérieurs qui augmentent le risque de dépression et d'anxiété.

Santé mentale

Selon plusieurs chercheurs, la période prénatale représenterait un moment de grande vulnérabilité quant au risque de développer un trouble psychologique, et ce, particulièrement chez les femmes ayant des antécédents de troubles de santé mentale (Alvarez-Segura et al., 2014; Slade et al., 2009). La dépression constituerait le trouble le plus communément retrouvé à cette période (Goodman & Brand, 2009), mais cela pourrait toutefois s'expliquer par le fait que peu d'études ont considéré d'autres troubles (Berthelot et al., 2020). Diverses études ont rapporté une prévalence de la dépression prénatale variant de 7 à 20 % chez les femmes en attente d'un enfant (Andersson et al., 2003; Bennett et al., 2004a; Evans et al., 2001; Gavin et al., 2005). Les taux de prévalence les plus élevés sont constatés au cours du deuxième et troisième trimestre (Bennett et al., 2004a). Une étude de Marcus et ses collaborateurs (2003) impliquant 3472 femmes enceintes a révélé qu'une femme sur cinq souffrait de dépression. D'après ces chercheurs, la dépression pourrait être davantage prévalente au cours de la période prénatale qu'à d'autres périodes de vie compte tenu des bouleversements associés à l'attente d'un enfant et du fait que les femmes enceintes qui en souffrent sont moins enclines à rechercher de

l'aide, et ce, en raison de la stigmatisation de la dépression pendant la grossesse. Les femmes peuvent en effet se sentir coupables de souffrir de tels symptômes dans une période socialement représentée comme étant heureuse. Plusieurs sont d'avis que les bouleversements hormonaux ont une influence majeure dans le diagnostic de la dépression prénatale (Rich-Edwards et al., 2008). Cependant, il semble également important de considérer les facteurs de risques environnementaux et psychologiques comme jouant un rôle important quant à l'apparition des symptômes de dépression prénatale, et ce, autant chez la mère que chez le père. Par exemple, le manque de soutien social, une histoire de mauvais traitement durant l'enfance et l'occurrence d'évènements de vie stressants, peuvent tous constituer des facteurs contributifs (Lang et al., 2006; O'Hara, 1986; Zuckerman et al., 1989). Ces éléments peuvent aussi contribuer au grand nombre de femmes enceintes et de pères qui éprouvent des symptômes sous cliniques d'anxiété et de dépression (Lee et al., 2007; Sjögren, 1997).

Les recherches ont également montré que les troubles anxieux, bipolaires, obsessionnels-compulsifs et psychotiques sont les plus couramment associés à la grossesse après la dépression (Alvarez-Segura et al., 2014; Marcus et al., 2003; Slade et al., 2009). De plus, d'après certaines études, les troubles dépressifs et anxieux auraient une comorbidité élevée chez les femmes enceintes (Faisal-Cury & Menezes, 2007; Ross et al., 2006; Sutter-Dallay et al., 2004). Ces troubles sont associés à un certain nombre de conséquences dommageables pour la mère et le bébé, telles qu'une faible croissance fœtale, un accouchement prématuré, un tempérament difficile chez l'enfant ainsi que des

capacités intellectuelles et langagières plus faibles (Austin et al., 2005; Dayan et al., 2006; Laplante et al., 2004; Lewis et al., 2016).

D'autres types de symptômes sont également fréquemment observés chez les femmes enceintes et compromettent leur bien-être, leurs aptitudes maternelles et le développement harmonieux de leur enfant. C'est notamment le cas des caractéristiques du trouble de la personnalité limite. Toutefois, comme la prévalence de ce trouble est disproportionnellement plus élevée chez les femmes ayant un vécu traumatique que chez les femmes de la population générale et qu'aucune étude ne semble s'être penchée sur la prévalence des troubles de la personnalité chez les pères en attentes d'un enfant (Stepp et al., 2016), ce trouble particulier sera discuté dans la section « Maltraitance infantile et trouble de la personnalité limite ».

Certains auteurs observent une augmentation significative des ruminations anxieuses au cours de cette période et soutiennent que cette hausse d'anxiété est fondamentale à la réorganisation identitaire de la mère (Bibring et al., 1961; Cohen & Slade, 2000; Coleman et al., 1999; Ilicali & Fisek, 2004; Lee, 1995). Plusieurs inquiétudes associées à la grossesse sont à l'origine de cette hausse d'anxiété observée au fil de cette période développementale. Autrement dit, les mères auraient tendance à s'inquiéter par rapport à plusieurs aspects étant directement associés aux bouleversements occasionnés par la grossesse. D'ailleurs certains chercheurs se sont intéressés à distinguer les symptômes de l'anxiété générale et les symptômes de l'anxiété spécifique à la grossesse (Huizink et

al., 2004; Robert et al., 2008; Sjögren, 1997; Theut et al., 1988). Les résultats de leurs études ont montré l'existence d'une anxiété spécifique à la grossesse aussi appelée anxiété maternelle. Diverses études ont observé que les femmes enceintes entretiendraient de nombreuses préoccupations quant à la santé de leur bébé et à leur propre santé, mais aussi par rapport au déroulement de l'accouchement, à leur relation de couple, au changement de rôle dans leur vie personnelle, familiale et professionnelle ainsi qu'aux soins à donner au bébé à venir (Bondas & Eriksson, 2001; DiPietro et al., 2006; Lee et al., 2007; Llewellyn et al., 1997; Melender, 2002). Standley et ses collègues (1979) ont d'ailleurs regroupé ces inquiétudes sous deux dimensions, la première étant les préoccupations résultant d'une anxiété relative à la grossesse et à l'accouchement et la seconde étant les préoccupations propres au rôle de futur parent. Selon Bernazzani et al. (1997), la primiparité ainsi qu'un faible statut socioéconomique auraient un effet direct sur le niveau de craintes et d'ambivalence exprimé par les femmes face à la maternité. Ces inquiétudes se manifestent notamment sous la forme de pleurs récurrents, d'insomnie, de ruminations, d'agitation et de nervosité, mais s'expriment aussi par des changements dans les activités quotidiennes ainsi que par le besoin répété de consulter un professionnel de la santé, des proches ou la littérature dans le but de s'informer davantage sur leur situation (Bondas & Eriksson, 2001; Melender, 2002). Ce besoin récurant peut également être lié aux inquiétudes à l'égard des changements corporels qui s'opèrent progressivement tout au long de la gestation.

En ce qui a trait aux hommes, très peu de recherches se sont attardées à l'impact de la période prénatale sur leur santé mentale. Cependant, des méta-analyses d'études portant sur les problèmes de santé mentale diagnostiqués et sur la manifestation de symptômes cliniques ont montré qu'environ 5 à 10 % des pères souffrent de dépression périnatale et 5 à 15 % d'anxiété périnatale, soit environ la moitié des taux observés chez les mères (Bennett et al., 2004a; Gavin et al., 2005; Leach et al., 2016; Paulson & Bazemore, 2010).

Bouleversements physiologiques

La grossesse affecte tous les systèmes du corps de la femme (Draper, 2006). Ces bouleversements physiologiques sont d'ailleurs complexes et certains sont, à ce jour, encore difficiles à expliquer pour les chercheurs (Hoekzema et al., 2017; Slade et al., 2009). Les principaux bouleversements qui seront discutés ont trait principalement au système endocrinien et au système nerveux ainsi qu'à leurs impacts sur les systèmes avoisinants.

Système endocrinien

Les bouleversements hormonaux occasionnés par la grossesse ont pour rôle principal de permettre au fœtus de se développer de façon optimale (Slade et al., 2009). Ces changements hormonaux s'observent notamment par la fluctuation des taux d'œstrogène, de progestérone, d'ocytocine, de gonadotrophine chorionique (HCG), de relaxine, de cortisol et de prolactine (Allolio et al., 1990; Draper, 2006; Feldman et al., 2007; Slade et al., 2009). Ces hormones sont, entre autres, responsables des modifications

physiologiques au plan vasculaire, respiratoire, capillaire, cutané, génito-urinaire, musculo-squelettique et gastro-intestinal (Davis, 1996; Draper, 2006; Jacovetti & Regazzi, 2012; Zerouali et al., 2011). En plus d’occasionner des impacts physiologiques notables, les bouleversements hormonaux ont aussi le pouvoir d’engendrer des effets importants au plan psychologique. En effet, ils contribuent en grande partie à la labilité émotionnelle rapportée chez les femmes enceintes et peuvent, dans certains cas, accentuer le risque de souffrir de trouble de l’humeur (Buckwalter et al., 1999; Davis, 1996; Obel et al., 2005; Slade et al., 2009). Si les effets de la grossesse sur les fluctuations hormonales sont relativement bien documentés, il en est tout autre en ce qui a trait aux impacts de celle-ci sur le cerveau humain (Hoekzema et al., 2017).

Système nerveux

Les effets de la grossesse sur le cerveau sont pratiquement inconnus (Hoekzema et al., 2017). Toutefois, des chercheurs se sont penchés sur le sujet et ont découvert que la grossesse serait associée à une réduction du volume de la matière grise. Cette réduction est principalement localisée dans certaines régions du cortex cérébral étant associées aux processus de mentalisation. Autrement dit, lors de la grossesse, le cerveau subirait des transformations dans le but de favoriser l’adaptation à la maternité, en amenant la mère à être biologiquement plus sensible aux émotions et aux états mentaux des autres et ainsi à être plus agile à reconnaître les besoins du nourrisson et à y répondre de manière sensible afin de favoriser l’établissement du lien d’attachement (Hoekzema et al., 2017). Au plan cognitif, différents chercheurs se sont intéressés à l’impact de la grossesse sur les

performances cognitives. Globalement, les études ont révélé que les femmes enceintes présentent plus de difficultés dans certains aspects liés à la mémoire verbale que les femmes qui ne sont pas en entente d'un enfant (Buckwalter et al., 1999; DeGroot et al., 2006). Les études chez les animaux ont révélé une réduction du volume de l'hippocampe à cette période qui contribuerait aux déficits de mémoire associés à la grossesse humaine (Glynn, 2010; Henry & Rendell, 2007).

Bouleversements relationnels

Toutes grossesses se déroulent dans un contexte relationnel propre à chaque parent. Ce contexte inclut principalement la relation avec l'autre parent et les relations avec la famille proche, regroupant les enfants, les parents et les grands-parents. D'ailleurs un certain nombre d'études ont montré que l'adaptation à la grossesse dépend fortement du contexte social dans lequel la grossesse se déroule (Cigoli et al., 2006; Slade et al., 2009). Il est donc important de s'attarder à cet aspect, d'autant plus que les bouleversements émotionnels, cognitifs et physiologiques associés à la grossesse sont susceptibles d'accroître l'importance du réseau de soutien pour les mères (Slade et al., 2009).

Relation conjugale

La grossesse représente une période de vulnérabilité impliquant une augmentation de la sensibilité et des préoccupations à l'égard des relations en plus d'un besoin amplifié de sécurité. De ce fait, la femme enceinte devient plus attentive aux indices qui ont trait au

désir du partenaire à s'investir dans leur couple et auprès de l'enfant à venir (Bennett et al., 2004b; Birnbaum & Reis, 2006).

Les recherches réalisées sur la qualité de la relation conjugale durant la grossesse ont révélé des résultats contradictoires. Certaines d'entre elles rapportent une augmentation de la qualité de la relation conjugale durant la grossesse qui semblerait s'expliquer par l'idée que l'anticipation d'un premier enfant est un moment heureux au fil duquel l'intimité émotionnelle s'accroît davantage (De Juducibus & McCabe, 2002; Hirschberger et al., 2009; Kluwer, 2010). De plus, les partenaires seraient plus attentifs aux besoins de l'un et de l'autre et entretiendraient une vision idéalisée de la contribution de l'enfant à la relation de couple (Cowan & Cowan, 1992; Houts et al., 2008).

En revanche, d'autres études ont noté une diminution de la qualité de la relation conjugale qui pourrait être attribuée aux défis imposés par la grossesse (Belsky & Rovine, 1990; Doss et al., 2009; Levy-Shiff, 1994; Wilkinson, 1995). Les résultats de Rholes et ses collègues (2001) ont d'ailleurs suggéré que le niveau de soutien et d'intimité du partenaire avait tendance à diminuer du début de la grossesse à la période post-partum. Ces résultats contradictoires suggèrent que la grossesse se vit de façon différente selon les unions et que d'autres variables personnelles, conjugales et sociales pourraient avoir un effet modérateur sur la satisfaction conjugale lors de la grossesse.

Relations familiales

Selon nos recherches, la littérature concernant les impacts de la grossesse sur les relations familiales est quasi inexistante. À l'inverse, différentes études se sont penchées sur l'impact du soutien social, incluant la famille et les amis proches sur l'expérience de grossesse (Cohen & Syme, 1985; Priel & Besser, 2002; Sarason et al., 1990; Wethington & Kessler, 1986). Ces études ont constaté que ce n'est pas le soutien réel reçu, mais bien la perception de la disponibilité du soutien social qui joue un rôle important dans la prédiction du bien-être et de la santé psychologique et physique de la femme enceinte.

En conclusion, il est possible de constater que la grossesse est une expérience qui exige une adaptation importante pour la femme (Bibring et al., 1961; Colman & Colman, 1977; Slade et al., 2009). Les multiples bouleversements occasionnés par cette période sont importants et interagissent les uns avec les autres. Selon Slade et al. (2009), il existe plusieurs circonstances (p. ex., des problèmes de santé mentale, la consommation de substances, la violence domestique, les fausses couches antérieures, l'absence d'un réseau de soutien) contribuant à ce que l'adaptation lors de la grossesse et de la parentalité puisse se voir grandement complexifiée. Dans le cadre du présent travail, nous nous intéresserons particulièrement à l'un de ces facteurs de risque à l'adaptation lors de la grossesse, soit l'expérience de traumatismes interpersonnels au cours de l'enfance.

Maltraitance infantile

Au cours des dernières décennies, la maltraitance infantile fut identifiée comme un problème de santé publique majeur (MacMillan, 2013). Elle peut prendre diverses formes. Une étude de Tourigny et ses collaborateurs (2006) révèle que les formes d'abus les plus communes durant l'enfance au Québec seraient la négligence suivie de la violence physique, de la violence psychologique et de la violence sexuelle. D'ailleurs, Huth-Bocks et ses collègues (2013) ont rapporté que chez les femmes enceintes, les taux de maltraitance au cours de l'enfance sont tout aussi élevés que les taux dans la population générale de femmes, voire plus élevés. Aucune donnée de ce genre ne semble disponible chez les pères. Ce constat appuie la nécessité de s'intéresser à cette population et aux conséquences que la maltraitance peut engendrer chez celle-ci. Il est à noter que, bien qu'environ les deux tiers des parents victimes de mauvais traitements aux cours de leur enfance ne reproduiront pas les expériences traumatiques dans la relation avec leur propre enfant, la transition à la parentalité reste tout de même une période importante de défis et d'obstacles pouvant être amplifiés par une telle histoire de vie (Collin-Vézina & Cyr, 2003; Slade et al., 2009). La maltraitance engendrerait des impacts rapportés comme « intergénérationnels » puisqu'elle affecte non seulement la victime devenue parent, mais également son enfant. D'ailleurs, plus de la moitié des études réalisées sur la transmission intergénérationnelle de la maltraitance incluraient uniquement des mères (Greene et al., 2020). Le peu d'études existantes sur les pères a trouvé une association significative entre les antécédents de violence physique pendant l'enfance et le fait de frapper leurs propres enfants (Ellonen et al., 2017; Heyman & Slep, 2002). Toutefois, ces effets étaient plus

faibles chez les pères que chez les mères. De plus, l'étude de Niu et al. (2018) a montré que ces effets étaient seulement significatifs chez les mères.

L'expérience de mauvais traitements pourrait donc interférer avec la capacité du parent à enclencher les changements psychologiques nécessaires afin de devenir un fournisseur de soins et de protection (George & Solomon, 2008; Solomon & George, 2011). De ce fait, il est plutôt difficile de se sentir psychologiquement préparé à fournir ces soins lorsque nos propres besoins de soins et de protection ont été menacés ou insatisfaits, comme dans le cas de traumatismes relationnels précoces.

Maltraitance infantile et grossesse

D'après bon nombre d'études, une histoire de maltraitance durant l'enfance affecterait la grossesse, et ce, sous différents aspects (Leeners et al., 2006; Lukasse et al., 2009; Muzik et al., 2013). Des antécédents de maltraitance infantile ont été associés à plusieurs impacts psychologiques, physiologiques et relationnels en lien avec la grossesse (Muzik et al., 2013). Autrement dit, les bouleversements occasionnés par la grossesse peuvent se voir accentués par un passé de mauvais traitements en enfance chez la mère. De ce fait, il semble également possible de penser que ces antécédents puissent avoir un impact sur l'expérience prénatale vécue chez le père. Les sections suivantes reprendront donc chaque bouleversement abordé antérieurement, et ce, à la lumière des connaissances quant aux effets d'un vécu traumatique.

Bouleversements psychologiques

Comme il a été précédemment mentionné, les femmes enceintes sans histoire de mauvais traitement subissent des changements psychologiques relativement importants. (Ammaniti et al., 1999; Bibring et al., 1961; Slade et al., 2009). Cette section fera état des impacts d'un passé traumatique en enfance sur le développement identitaire de la femme, mais aussi sur sa santé psychologique et sur la façon dont elle perçoit son corps lors de cette période développementale.

Réorganisation identitaire

Comme nous le savons déjà, la grossesse nécessite une réorganisation identitaire passant par la réactivation des représentations internalisées des principales figures d'attachement. Plus la relation avec la figure d'attachement fut complexe ou traumatique, plus cette expérience risque d'être bouleversante (Pines, 1972). Il est donc possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle des antécédents de mauvais traitements en enfance risquent d'entraîner des conséquences sur l'expérience de grossesse, mais aussi sur le changement de rôle associé à celle-ci.

Les recherches sur le sujet ont rapporté qu'une histoire de mauvais traitements précoces pourrait altérer le développement des représentations de soi et du monde (Reviere & Bakeman, 2001). L'enfance représente un moment charnière où ces représentations prennent forme, et ce, à partir d'expériences relationnelles spécifiques avec les fournisseurs de soins. Si un traumatisme survient au cours de cette période

développementale, elles seront inévitablement affectées (Ogilvie & Ashmore, 1991; Riviere & Bakeman, 2001). À titre d'exemple, l'enfant pourrait, en grandissant, se représenter le monde comme étant menaçant ce qui aurait, entre autres, pour conséquences de nuire à long terme à sa capacité à se sentir en sécurité, à faire confiance aux autres, à nouer des relations intimes et à maintenir une estime de soi positive.

Une fois enceinte, la femme ayant des antécédents de mauvais traitements anticipe une nouvelle relation intime avec son enfant pouvant faire émerger ses représentations conflictuelles de soi et du monde, contribuant à leur tour au développement de représentations maternelles problématiques de soi, mais aussi du bébé (Malone et al., 2010). De plus, certains parents peuvent craindre d'être une menace pour leur enfant se percevant comme étant piégés dans le cycle de la maltraitance et destinés à rejouer leur propre victimisation en maltraitant leur enfant. Ils peuvent alors douter de leurs compétences à assumer leur nouveau rôle et à répondre de façon sensible aux besoins de leur enfant (Kitzinger, 1992). Cette période sensible a donc la potentialité de complexifier le développement de l'identité parental, mais aussi de désorganiser le parent, puisque la réorganisation identitaire s'opère sur une identité déjà fragilisée (Alvarez & Cayol, 2015; Bibring et al., 1961).

Santé mentale

Une histoire de mauvais traitements en enfance est associée à une large gamme de symptômes émotionnels ainsi qu'à une forte détresse à l'âge adulte (Kendler et al., 2000;

MacMillan et al., 2001). La grossesse étant une grande période de vulnérabilité, le risque de développer un trouble psychologique se voit augmenté chez les femmes ayant vécu de la maltraitance infantile. Celles-ci sont notamment plus à risque de souffrir de dépression prénatale (Alvarez-Segura et al., 2014; Benedict et al., 1999; Mezey et al., 2005). Davis (1996) soutient que ce sont les conflits antérieurs irrésolus émergeant durant la grossesse qui augmenteraient la probabilité de souffrir de ce trouble. De plus, la réactivation de ces éléments conflictuels ou traumatiques lors de la période prénatale pourrait aussi engendrer des symptômes de stress post-traumatique. D'ailleurs, une étude de Seng et al. (2009) a révélé que les femmes enceintes ayant des antécédents de maltraitance infantile étaient douze fois plus à risque de souffrir d'un trouble de stress post-traumatique prénatal que les femmes n'ayant pas ce type de passé. Ce trouble, lors de la période prénatale, est associé à des comportements à risque et à des complications physiques chez la mère ainsi qu'à un faible poids à la naissance et à des difficultés neurodéveloppementales chez l'enfant (Laplane et al., 2008; Morland et al., 2007; Rogal et al., 2007; Rosen et al., 2007; Seng et al., 2001). Une étude de Blackmore et ses collaborateurs (2016) suggère que les traumatismes en lien avec l'enfance augmentent significativement le risque de souffrir d'anxiété au cours de la période prénatale.

Finalement, une étude de Berthelot et ses collaborateurs (2019) montre que les femmes victimes de maltraitance dans leur enfance sont plus susceptibles de manifester des problèmes de santé mentale au cours de la grossesse. Ces chercheurs ont étudié l'association entre la maltraitance infantile et les symptômes psychologiques liés à la

dépression, au PTSD, à la dissociation ainsi qu'aux troubles de la personnalité. Les résultats de l'étude suggèrent que le type de symptômes étant le plus fortement associé à la maltraitance infantile était la gravité des troubles de la personnalité. Ces résultats sont importants à considérer, compte tenu du fait que les troubles de la personnalité sont associés à des comportements à haut risque pouvant nuire à la santé de la future mère et au développement du fœtus (Samuels, 2011). Parmi ces troubles, le trouble de personnalité limite est le plus fréquemment étudié. Cependant, très peu de recherches portent spécifiquement sur la période prénatale et ce trouble. À ce jour, les résultats des études indiquent que les femmes présentant un trouble de la personnalité limite auraient davantage tendance à anticiper l'accouchement comme une expérience traumatique. Un haut niveau de comorbidité avec la toxicomanie est également observé en plus de placements plus fréquents de l'enfant dans les services sociaux (Blankley et al., 2015). Pour certaines de ces femmes, la grossesse peut être vécue comme une période idéalisée, accompagnée de sentiments d'euphorie, d'omnipotence et de plénitude (Le Nestour, 2004). Pour d'autres, les symptômes physiques peuvent être vécus de façon intense et être difficilement supportables. La peur « d'éclatement » ainsi que des sentiments de persécutions et/ou d'étrangeté peuvent être présents. Certaines vont même parfois ignorer leurs symptômes physiques, ce qui peut rendre le suivi médical prénatal irrégulier et ainsi mal préparer la mère à accueillir son nourrisson (Aidane et al., 2009). Des troubles graves de l'humeur ainsi que des épisodes d'automutilation, de comportements suicidaires ou de dépendance peuvent également émerger au cours de la grossesse (Newman &

Stevenson, 2008). Ces résultats soulignent l'importance de s'attarder à ce trouble durant cette période qui semble particulièrement bouleversante chez les femmes le manifestant.

Bouleversements physiologiques

La maltraitance infantile est associée à des effets physiologiques défavorables, tels qu'une altération du système endocrinien et une modification de certaines structures du système nerveux (Anda et al., 2006).

Système endocrinien

Pendant la grossesse, l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) se voit modifié par le développement du placenta générant la corticolibérine (CRH) responsable de cette modification (Wadhwa et al., 2004). Cette dernière augmente de façon considérable durant la grossesse et joue un rôle important dans l'implantation de placenta et dans la préparation à l'accouchement (Rainey et al., 2004). Certains facteurs peuvent influencer la régulation de la CRH. Le stress chez la femme enceinte, par exemple, a pour conséquence d'augmenter la libération de CRH et de cortisol et engendrer des problèmes durant la grossesse ainsi que des impacts notables sur le développement du fœtus (Wadhwa, 2005). Par ailleurs, Moog et ses collaborateurs (2016) sont les premiers à établir un lien entre l'exposition d'une femme à de mauvais traitements en enfance et la CRH à la grossesse. En effet, ces chercheurs ont montré que la production de CRH au cours de la gestation était significativement supérieure chez les femmes exposées à un traumatisme infantile et avait un effet augmenté en fonction du nombre de traumatismes. De plus, la

dysrégulation de la CRH serait étroitement liée à de nombreux effets indésirables lors de la période prénatale et postnatale. À titre d'exemple, elle aurait un impact sur la croissance du bébé, sa taille à la naissance et augmenterait le risque d'un accouchement prématuré, d'obésité et d'un tempérament difficile chez l'enfant (Davis et al., 2005; Gillman et al., 2006; Wadhwa et al., 2004; Warren et al., 1995). L'obtention de ces résultats pourrait donc nous permettre de croire que la production de CRH joue un rôle médiateur dans la transmission intergénérationnelle des effets de l'exposition maternelle à de mauvais traitements en enfance (Moog et al., 2016).

Système nerveux

Les neuroscientifiques définissent la maltraitance infantile comme une exposition précoce à des stressseurs intenses ou continus affectant les processus de régulation du stress (Anda et al., 2006; Teicher et al., 2003). Autrement dit, toutes formes de mauvais traitements en enfance déclencheraient une cascade de réponses au stress organisant le développement du cerveau et produisant des altérations délétères durables de sa structure et de son fonctionnement. Plusieurs recherches portent, entre autres, sur l'altération du fonctionnement de l'hippocampe qui pourrait être associée à une symptomatologie dissociative (Stein et al., 1997). L'amygdale se voit aussi touchée par l'expérience de mauvais traitements précoces et jouerait un rôle critique dans le développement de la dépression majeure et du syndrome de stress post-traumatique. (Drevets et al., 2002; Rauch et al., 2000). Finalement, il est possible de constater que les structures cérébrales affectées par l'expérience de mauvais traitement, notamment l'hippocampe et le cortex

préfrontal, sont les mêmes qui subissent une transformation (voir un élagage neuronal) pendant la grossesse. L'interaction entre un vécu de maltraitance et la réorganisation neurobiologique s'opérant en cours de grossesse ne semble toutefois pas avoir été étudiée à ce jour.

Bouleversements relationnels

Bon nombre de chercheurs ont émis l'hypothèse d'un lien entre la maltraitance durant l'enfance et un fonctionnement social déficitaire. Selon plusieurs perspectives développementales, les individus maltraités et négligés seraient à risque de développer des pensées et des comportements nuisibles à la formation et au maintien de relations interpersonnelles positives (Crittenden & Ainsworth, 1989). Toutefois, les études examinant les conséquences de la maltraitance vécue au cours de l'enfance incluant des mesures du fonctionnement interpersonnel sont peu nombreuses et il est donc difficile de se prononcer sur le sujet (Colman & Widom, 2004). Néanmoins, le nombre restreint de données disponibles suggèrent que les personnes maltraitées durant leur enfance continueraient à entretenir des difficultés relationnelles à l'âge adulte.

Relation conjugale

Les résultats d'une étude de Colman et Widom (2004) indiquent que les relations intimes d'adultes ayant un passé de mauvais traitement diffèrent en termes de stabilité et de qualité. En effet, les participants, hommes et femmes, ont rapporté des taux significativement plus élevés de perturbations dans leurs relations intimes. De plus, les

femmes ayant des antécédents de mauvais traitement durant l'enfance étaient moins susceptibles de percevoir leur partenaire amoureux comme étant supportant, à l'écoute de leurs besoins et ouvert à la communication comparativement aux femmes n'ayant pas ce type d'antécédents. Les traumatismes relationnels auraient donc des conséquences particulièrement néfastes sur le fonctionnement du couple (Godbout et al., 2013). Knauth (2000) explique que la satisfaction conjugale prénatale est un facteur déterminant dans la satisfaction de la relation post-partum et dans l'expérience de parentalité. La transition à la parentalité étant considérée comme étant une période importante pouvant favoriser l'apparition de problèmes conjugaux potentiels, il est possible de penser que les femmes ayant un passé de mauvais traitements seraient plus vulnérables à vivre ce type de problèmes pendant la grossesse (Glade et al., 2005).

Relations familiales

Les facteurs de risque familiaux face à la maltraitance infantile sont multiples : relation parent-enfant difficile, pratiques coercitives, conflits familiaux, faible cohésion familiale et violence conjugale (Black et al., 2001; Stith et al., 2009). Les relations familiales se voient donc modifiées, et ce, dès l'enfance. Une étude de Higgins (1994) impliquant 40 participants ayant été maltraités durant l'enfance a montré que l'ensemble de ces derniers avaient soit rompu ou diminué les contacts avec leur famille, préférant se concentrer sur leur vie familiale et sur leur développement socioprofessionnel. Toutefois, aucune étude ne semble avoir été réalisée quant à l'impact de la grossesse sur les relations familiales en fonction d'un passé de maltraitance infantile. En considérant que la transition

à la parentalité replonge le parent dans ses relations d'objet internalisées avec ses propres parents favorisant l'émergence des conflits d'attachement non résolus (Davis, 1996; Slade et al., 2009), il est possible d'émettre l'hypothèse que les parents n'ayant pas résolu leurs conflits d'attachement auraient tendance à entretenir des relations familiales conflictuelles. Les parents ayant une histoire familiale moins complexe auraient, quant à eux, davantage de chance d'entretenir des relations familiales harmonieuses. La grossesse est une transition où le futur parent peut éprouver le besoin de se tourner vers son réseau familial et ses figures parentales. Or, dans un contexte conflictuel et/ou de maltraitance, le futur parent peut se retrouver privé de cette ressource et isolé, ce qui en retour pourrait influencer son bien-être psychologique et même physique.

En somme, la grossesse est une période impliquant son lot de bouleversements, qu'ils soient physiologiques, psychologiques ou relationnels. Plusieurs éléments peuvent compromettre l'adaptation lors de cette période développementale, dont l'expérience de mauvais traitement au cours de l'enfance. En effet, les derniers paragraphes ont permis de mettre en lumière que l'ensemble des sphères sur lesquelles la grossesse opère des bouleversements tendent à être préalablement fragilisées par l'exposition à de mauvais traitements au cours de l'enfance. Dans ce contexte, les capacités de mentalisation parentale prénatale (i.e. les capacités à faire du sens de son expérience de la grossesse via une bonne compréhension de ses expériences passées et de ses états mentaux actuels, de l'enfant à naître et des changements engendrés par cette période) pourraient jouer un rôle protecteur en regard de l'adaptation lors de cette période, et ce, particulièrement chez le

parent ayant vécu de mauvais traitements au cours de leur enfance. À notre connaissance, il n'existe aucune étude ayant porté sur l'association entre la maltraitance infantile et les habiletés de mentalisation parentale prénatale, ce à quoi s'attardera principalement cette étude.

Mentalisation et parentalité

La mentalisation se définit comme étant la capacité d'un individu à comprendre les émotions, les sentiments, les désirs, les pensées ou les intentions qui sous-tendent ses propres réactions et comportements ainsi que ceux d'autrui (Fonagy & Target, 2002). Elle est une capacité humaine essentielle à l'établissement de relations saines et joue un rôle central dans le sens et l'organisation de soi (Fonagy & Target, 1997). Cette capacité s'ancre dans divers courants de recherche et peut s'opérationnaliser de différentes façons. Certaines études scientifiques mesurent la capacité à mentaliser par le construit du fonctionnement réflexif (FR) étant une manifestation de la capacité de mentalisation d'un individu à travers son discours (Slade, 2005). Le FR réfère donc aux processus psychologiques qui sous-tendent la capacité à mentaliser (Pajulo et al., 2006). La présente étude utilisera ce construit afin de mesurer la capacité de mentalisation parentale prénatale des participants.

L'enfance constitue la période centrale durant laquelle se construit et se développe la capacité à mentaliser. Au cours de cette période, cette capacité demeure fragile et altérable. Advenant le cas où la figure d'attachement présenterait une faible capacité à

mentaliser, ou qu'elle ferait preuve d'un échec de mentalisation en posant des gestes abusifs, il deviendrait plus complexe pour l'enfant de développer, à son tour, sa propre capacité à mentaliser. Cela risque également d'entraîner des carences importantes sur le plan de la mentalisation une fois adulte (Maheux et al., 2016).

Chez l'adulte, des difficultés de mentalisation peuvent engendrer des conséquences majeures sur le fonctionnement relationnel, psychologique et social. À titre d'exemple, un faible FR a été associé à l'occurrence de troubles de la personnalité tels que le trouble de la personnalité limite (Fonagy & Bateman, 2007) et à la difficulté à développer des relations intimes saines (Stein et al., 2004).

En contrepartie, la mentalisation est un facteur de protection important en contexte traumatique permettant l'adaptation face à l'adversité, aux défis et au stress qu'il génère. En effet, certains adultes développent une bonne capacité à mentaliser, et ce, malgré l'expérience d'événements adverses (Fonagy & Bateman, 2016). Ces observations s'expliqueraient, entre autres, par le fait qu'en l'absence d'un attachement sécurisant, les capacités à mentaliser ont la possibilité de se développer par l'entremise d'autres relations significatives tout au long de la vie. Par exemple, les recherches sur le sujet démontrent qu'en favorisant la résilience, la mentalisation diminue la vulnérabilité face au développement de troubles psychologiques. Dans un écrit théorique, Fonagy et Bateman (2016) suggèrent d'ailleurs que la psychopathologie n'est pas la conséquence directe d'un

traumatisme, mais plutôt l'effet de ne pas avoir été en mesure de développer les capacités favorisant la résilience.

La mentalisation est un concept spécifique au contexte. Il est donc couramment étudié en lien avec différents événements, situations ou sphères de vie (p. ex., trauma, grossesse, parentalité) par les chercheurs. En ce sens, le concept de mentalisation parentale fut développé dans l'objectif d'explorer la capacité d'un parent à représenter et à comprendre l'ampleur de l'expérience interne de son enfant. La compréhension et la mesure de ce concept se réalisent à partir du *Parent Development Interview* (PDI), un entretien destiné à examiner les représentations des parents par rapport à leurs enfants, à eux-mêmes en tant que parent et à leurs relations avec leurs enfants. L'entretien tente d'explorer de plusieurs façons la compréhension des parents du comportement, des pensées et des sentiments de leur enfant, et leur demande de relever des exemples réels et concrets de leur quotidien (Aber et al., 1985; Slade et al., 2004).

Une fois parent, une bonne capacité à mentaliser permet d'anticiper et de réagir de façon sensible et appropriée aux signaux de son enfant, et ce, en prenant une perspective par rapport à sa propre expérience affective afin de comprendre l'expérience interne de son enfant selon son propre point de vue (Slade, Grienenberger et al., 2005). À titre d'exemple, un parent avec un haut niveau de FR pourrait dire à son enfant « Je sais que tu te sens triste de devoir sortir de la piscine, mais nous devons rentrer manger ». Dans le contexte d'interdiction d'un comportement, il reconnaît l'émotion négative de son enfant.

Le fonctionnement réflexif parental (FRP) a donc le pouvoir d'affecter les comportements parentaux, mais également la relation d'attachement entre le parent et l'enfant (Slade, 2005). La notion de fonction réflexive parentale implique donc que le parent soit en mesure d'ajuster son comportement à celui de l'enfant. Plusieurs études ont montré qu'un niveau élevé de FRP était associé à un attachement sécurisant entre le parent et l'enfant ainsi qu'à une meilleure communication (Borelli et al., 2012; Meins et al., 2001; Meins et al., 2002, 2003). De plus, le parent aurait tendance à entretenir des représentations mentales plus nuancées de leur enfant. Il serait donc en mesure de comprendre que son enfant peut adopter de mauvais comportements sans être intrinsèquement « mauvais » (Schechter et al., 2005).

La majorité des recherches réalisées à ce sujet se sont davantage penchées sur les mères. Très peu ont dépeint ce processus chez les pères. La littérature scientifique actuelle rapporte moins de 5 études publiées. La première étude à avoir exploré le FR chez les pères fut réalisée au Danemark à l'hôpital universitaire de Copenhague et comptait 41 participants dont un peu plus de la moitié (53 %) présentait une bonne capacité à refléter l'état d'esprit de leur nourrisson (Madsen et al., 2007). Une seconde étude du Danemark portant sur le FR de 34 pères et de 37 mères issus d'une population urbaine et rurale a montré que les pères avaient un FR significativement plus faible que les mères (Esbjörn et al., 2013). Cependant ces résultats sont mitigés, puisque certaines études impliquant plus d'une centaine de participants israéliens ont indiqué qu'il n'y aurait pas de différence significative quant au FR chez les mères et les pères (Borelli et

al., 2016, 2017). Davantage de recherches seront donc nécessaires à la compréhension de cette capacité chez les pères. Cette aptitude que possède le parent à penser et à comprendre l'expérience de son nourrisson ou de son jeune enfant est particulièrement complexe, mais elle l'est davantage lorsque l'enfant n'est pas encore né (Pajulo et al., 2015).

Mentalisation parentale prénatale

Parallèlement à la grossesse physique vient la grossesse dite « mentale » pendant laquelle la femme mentalise activement à propos d'elle-même et de l'enfant à naître. Tandis que le corps de la femme se prépare à donner vie à un nouveau-né, son esprit se prépare à la naissance d'une mère (Markin, 2013).

La mentalisation parentale prénatale réfère donc à la capacité d'un parent à penser au fœtus, et ce, à partir du dernier trimestre de grossesse, en tant qu'individu séparé, ayant ses propres caractéristiques personnelles, son propre tempérament et ses propres besoins (Pajulo et al., 2006). Le parent est donc capable de penser à l'impact que lui et l'enfant peuvent avoir l'un sur l'autre pendant la grossesse, de réfléchir à l'importance de son propre bien-être pour l'enfant à naître et aux changements que cet enfant apportera inévitablement à sa vie (Markin, 2013). Ce processus demande donc aux parents de réfléchir à la fois à leurs propres expériences et états mentaux et à ceux de l'enfant à venir. Comme celui-ci n'est pas encore né, cette réflexion est un processus particulièrement exigeant, mais tout de même important (Pajulo et al., 2015). À ce jour, peu d'instruments de mesure ont été

validés pour évaluer ce concept émergent. L'ensemble des recherches répertoriées utilisent le *Prenatal Parental Reflective Functioning Questionnaire* (P-PRFQ; Pajulo et al., 2015) ainsi que le *Pregnancy Interview Revised* (PI-R; Slade, 2007). Ce dernier sera utilisé dans la présente étude permettant de mesurer la capacité de mentalisation parentale prénatale des participants par le construit du fonctionnement réflexif parental prénatal (FRPP).

Un parent ayant une bonne capacité à mentaliser se prépare psychologiquement et concrètement à la naissance du bébé. La capacité à accepter et à réfléchir à des expériences et des sentiments ambivalents, voire même contradictoires, qui sont typiques à la grossesse, est considérée comme une caractéristique d'une mentalisation parentale prénatale élevée (Slade, 2005). Par ailleurs, comme il a été mentionné précédemment, la grossesse est une période charnière pour repenser ou remettre en question les représentations parentales antérieures. Elle offrirait une bonne opportunité pour réfléchir aux expériences qui auparavant étaient trop douloureuses pour être abordées. L'aptitude à réfléchir aux expériences passées, actuelles et futures est alors importante et également caractéristique d'une capacité de mentalisation élevée au fil de la grossesse (Slade et al., 2009). Lorsque la capacité du parent à mentaliser la grossesse est entravée, par une expérience de mauvais traitements en enfance par exemple, sa préparation psychologique et son adaptation à la parentalité sont également compromises, y compris la capacité à favoriser un attachement sécurisant avec le nourrisson (Markin, 2013).

Mentalisation parentale prénatale et maltraitance infantile

Comme il a précédemment été mentionné, la grossesse a le pouvoir de réactiver les traumatismes d'attachement non résolus et non mentalisés (Slade et al., 2009). De ce fait, cette période se voit davantage exigeante pour les personnes ayant été exposées à de la maltraitance au cours de l'enfance et risque de compromettre l'attachement prénatal, la santé mentale ainsi que les compétences parentales perçues (Berthelot et al., 2020). L'acquisition de bonnes capacités de mentalisation est donc nécessaire pour mieux s'adapter à cette crise développementale. À notre connaissance, il n'existe aucune étude s'intéressant à l'impact de la maltraitance infantile sur les capacités de mentalisation parentale prénatale. Il semble donc jusqu'à présent impossible d'observer l'impact des expériences traumatiques précoces sur la façon dont la mère et le père réfléchissent au fœtus pendant la grossesse.

En dépit de porter un intérêt particulier à la mentalisation parentale prénatale, les recherches se sont davantage penchées sur l'association entre les expériences traumatiques précoces et la mentalisation générale, spécifique au traumatisme et parentale. Elles ont entre autres montré qu'une histoire de mauvais traitements et/ou de négligence durant l'enfance aurait le potentiel d'affecter la capacité du parent à prendre soin de son enfant, et ce, plus particulièrement dans les moments où il présente une détresse importante. Ces antécédents peuvent alors avoir un impact sur le style d'attachement de l'enfant en raison des signaux qui peuvent parfois être mal interprétés par les parents présentant ce genre d'antécédents. Ces signaux, pouvant être perçus comme menaçants et envahissants,

peuvent conduire à des distorsions cognitives nuisant à la capacité du parent de répondre de façon appropriée aux besoins de l'enfant (Lieberman et al., 2015). De ce fait, l'expérience de divers traumatismes durant l'enfance pourrait nuire au développement d'un FRP adéquat affectant la façon dont l'enfant se comprend lui-même ainsi que son environnement (Fonagy, 1993). Les résultats des études sur le sujet restent toutefois partagés et proposent une association plus complexe et nuancée entre le FRP, les traumatismes précoces ainsi que le style d'attachement.

À titre d'exemple, les études portant sur les capacités de mentalisation générales montrent que celles-ci seraient préservées chez plusieurs femmes ayant vécu des mauvais traitements durant l'enfance. Les recherches suggèrent que les mères utiliseraient activement leurs ressources psychologiques pour limiter l'impact des traumatismes (Fonagy et al., 1994; Stacks et al., 2014). La majorité des mères présentaient toutefois des difficultés importantes à mentaliser spécifiquement par rapport aux expériences traumatiques passées (Ensink et al., 2014). Une étude ayant été réalisée auprès de femmes enceintes ayant vécu de mauvais traitements durant leur enfance a comparé le fonctionnement réflexif spécifique au trauma (FR-T) et le fonctionnement réflexif global (FR). Les résultats suggèrent que les victimes de maltraitance ne présentent pas, pour la majorité, une incapacité à mentaliser de façon globale. En revanche, elles présenteraient un effondrement marqué de la capacité à réfléchir à leurs expériences traumatiques et à leurs impacts (Ensink et al., 2014). La même étude a également montré qu'un faible FR-T serait associé à des difficultés à investir la grossesse, des sentiments négatifs envers le

bébé à venir et la parentalité ainsi que des difficultés significatives dans la sphère conjugale.

Dans leur étude, Berthelot et ses collaborateurs (2020) ont montré que des antécédents de mauvais traitements chez des parents en attente d'un enfant étaient particulièrement associés à une hypomentalisation. Selon les auteurs, cette association serait toutefois de faible amplitude en comparaison avec certaines études réalisées auprès de divers échantillons incluant des adolescents, des enfants victimes d'abus sexuels et des adultes ayant un trouble de la personnalité limite.

À la lumière de ces résultats, il est possible de penser que certains parents en attente d'un enfant ayant vécu des traumatismes précoces présenteront de bonnes capacités à mentaliser à l'égard de la grossesse, en raison de divers facteurs de protection de l'histoire développementale, alors que d'autres, en raison de facteurs de risque, présenteront des difficultés à mentaliser la grossesse. En d'autres mots, il est envisageable que l'effet des expériences traumatiques sur la mentalisation s'expliquerait indirectement par des facteurs de risque particuliers. Un mécanisme important pourrait reposer sur l'émergence de caractéristiques associées à un trouble de la personnalité limite au cours du développement, ce qu'explore cette étude.

Maltraitance infantile et trouble de la personnalité limite

La maltraitance infantile est un sujet mainte fois étudié par les chercheurs comme facteur de risque au développement des troubles de la personnalité. Des études ont d'ailleurs montré qu'il existe bel et bien une association entre ce facteur et les troubles de la personnalité. Elles ont également révélé que des antécédents de maltraitance infantile incluant l'abus sexuel, physique et émotionnel en plus de la négligence émotionnelle et physique seraient des facteurs communs chez les individus présentant ce genre de troubles (Battle et al., 2004; Bierer et al., 2003; Lobbestael et al., 2010; Porter et al., 2020). Parmi ceux-ci le trouble de la personnalité limite apparait comme étant le plus étudié dans la littérature portant sur un vécu traumatique précoce.

Les troubles de la personnalité se caractérisent par une combinaison de traits, d'attitudes, de comportements et de réactions émotionnelles relativement stables dans le temps et dont le développement est influencé par une histoire de vie particulière. La principale composante est associée à la rigidité des traits de personnalité qui induisent une détresse importante et/ou l'altération du fonctionnement. Plus précisément, le trouble de la personnalité limite implique une instabilité importante de l'affect, de l'identité, des comportements et des relations interpersonnelles (American Psychiatric Association [APA], 2013). Un seuil de détresse émotionnelle et physique élevé (Sansone & Sansone, 2012) et des efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés sont également observés (APA, 2013). En plus d'être associé à diverses comorbidités et à des comportements parasuicidaires et suicidaires, ce trouble de la personnalité est le plus

couramment retrouvé parmi les populations cliniques et d'ailleurs plus prévalent chez les femmes (Leichsenring et al., 2011). Ce sont également les patients parmi lesquels le fonctionnement psychosocial serait le plus significativement touché (Skodol et al., 2002).

Fonagy et Luyten (2016) indiquent que le taux de prévalence de traumatismes complexes dans cette population serait de 90 % et elle présenterait également un niveau plus élevé de traumatisme en comparaison avec les individus présentant d'autres troubles de la personnalité. Les résultats de l'étude Bierer et ses collaborateurs (2003) ainsi que de Lobbestael et ses collègues (2010) indiquent que le trouble de la personnalité limite serait prédit par des antécédents d'abus émotionnels et d'abus sexuels en enfance. Les résultats ont également montré que la négligence émotionnelle en bas âge était associée au développement du trouble. Une revue systématique de Stepp et al. (2016) incluant 39 études prospectives abonde dans le même sens en révélant que le risque de développer un trouble de la personnalité limite était associé à une histoire de mauvais traitement en enfance incluant l'abus physique et sexuel ainsi que la négligence et l'abus émotionnel.

Ces conclusions n'ont pas seulement été portées sur des échantillons cliniques, mais ont également été établies chez des échantillons non cliniques présentant divers symptômes de trouble de la personnalité (Grover et al., 2007; Johnson et al., 2006; Tyrka et al., 2009). À titre d'exemple, une étude de Tyrka et ses collaborateurs (2009), portant sur un échantillon d'adultes ne présentant pas de troubles majeurs cliniques et incluant un groupe contrôle a révélé que des antécédents de maltraitance infantile étaient associés à

tous les troubles de la personnalité. Les travaux de Carr et Francis (2009) soutiennent également ces résultats en indiquant que les participants qui avaient déclaré des antécédents de maltraitance infantile rapportaient plus de symptômes du trouble de la personnalité que ceux n'ayant pas ce type d'antécédents, et ce, même en contrôlant pour la dépression, l'anxiété et l'environnement familial dysfonctionnel. Ces résultats permettent de renforcer l'idée selon laquelle il existe une association singulière entre les symptômes du trouble de la personnalité et la maltraitance infantile qui ne peut être expliquée par d'autres symptômes ou conditions comorbides.

En plus d'être un facteur de vulnérabilité important au développement du trouble de la personnalité limite, il est possible de penser qu'un historique de mauvais traitements à l'enfance peut également jouer un rôle non négligeable sur l'évolution des capacités de mentalisation parentale chez le parent présentant ce type de psychopathologie.

Trouble de la personnalité limite et mentalisation parentale prénatale

L'identification du concept de mentalisation en tant que principale capacité humaine indique que la perturbation des capacités à mentaliser est un aspect important à considérer dans le développement de la plupart des psychopathologies.

Une grande partie de la littérature scientifique sur les troubles de la personnalité s'intéresse aux capacités de mentalisation générale comme facteur de vulnérabilité au développement d'un ou de plusieurs de ces troubles. Les études se sont d'abord intéressées

au développement de ces capacités chez les personnes souffrant de psychopathologies sévères, plus particulièrement du trouble de la personnalité limite, et ce, en raison de l'hypothèse selon laquelle ce trouble se caractériserait principalement par une faible capacité à la mentalisation (Fonagy & Bateman, 2007) et des évidences démontrant que l'entraînement au développement de meilleures capacités à mentaliser jouerait un rôle protecteur dans le développement des problèmes de santé mentale, dont les troubles de la personnalité (Luyten et al., 2020).

À notre connaissance, aucune recherche ne s'est encore intéressée aux impacts des troubles de la personnalité sur la mentalisation parentale prénatale. Cependant, certains chercheurs se sont penchés sur la relation entre ces troubles et la mentalisation maternelle postnatale. Les résultats des études s'avèrent toutefois contradictoires, même parfois contre-intuitifs et sont pour la majorité tirés d'échantillons présentant des symptômes du trouble de la personnalité limite. À titre d'exemple, une étude portant sur l'interaction mère-enfant a montré que la mentalisation maternelle évaluée à partir du *Mind-Mindedness* (MM) chez les participantes atteintes de trouble de la personnalité limite n'étaient pas significativement différente de celles composant le groupe contrôle. Toutefois, les mères présentant un trouble de la personnalité étaient plus susceptibles de mal interpréter les signaux relatifs aux états mentaux de leur enfant dans un contexte de jeux. En d'autres mots, les mères atteintes d'un trouble de la personnalité limite seraient autant enclines à interpréter les intentions et les états mentaux de leur nourrisson que les

mères du groupe contrôle, mais seraient moins justes dans leurs interprétations comparativement au groupe contrôle (Marcoux et al., 2017).

Newman-Morris et ses collaborateurs (2020), ont réalisé une étude portant sur un échantillon de 40 mères présentant des symptômes du trouble de la personnalité limite et dont l'entièreté rapportait rencontrer des difficultés relationnelles avec leur nourrisson. Les résultats au PDI et au *Mother-infant Relationship Scale* (MIRS) ont indiqué que la mentalisation maternelle (FR) était un modérateur significatif entre les représentations maternelles erronées et l'interaction mère-enfant. Plus spécifiquement, dans cet échantillon, les représentations maternelles erronées étaient liées à des problèmes dans l'interaction mère-enfant que lorsque le FR se trouvait sous la moyenne. Ces résultats sont en cohérence avec les observations réalisées dans les études antérieures portant sur la fonction protectrice de la mentalisation maternelle dans la transmission intergénérationnelle des traumatismes relationnels (Luyten et al., 2017; Slade et al., 2020).

Certains avancent que les résultats obtenus pourraient être la manifestation d'une « pseudomentalisation » chez les mères présentant des symptômes sévères du trouble de la personnalité limite. Cette hypothèse s'appuie sur des recherches antérieures limitées qui ont trouvé une mentalisation anormalement élevée chez des mères présentant ce trouble (Marcoux et al., 2017; Newman-Morris et al., 2020). Ce concept d'hypermentalisation fait référence à un type d'interaction qui, en apparence, semble contenir une réflexion et une compréhension profonde de soi et de l'autre, mais qui, en réalité, ne présente pas les

caractéristiques essentielles d'une véritable compréhension. En d'autres mots, l'hypermentalisation se caractérise par un regard erroné et intrusif sur les états mentaux pouvant entraîner des lacunes dans la compréhension des états internes de l'enfant et de sa subjectivité (Allen & Fonagy, 2006).

Une partie de l'étude de Newman-Morris et ses collaborateurs (2020), fut également réalisée à l'égard des mères présentant des antécédents de traumatismes relationnels. Les résultats révèlent que le trouble de la personnalité limite peut entraîner des conséquences négatives sur l'expérience parentale chez les mères présentant un historique de traumatismes relationnels, mais également des difficultés à mentaliser (hypermentalisation) et à interagir avec leur enfant.

En somme, les études révèlent que la mentalisation postnatale agirait de deux façons en présence de caractéristiques de trouble de la personnalité limite : soit comme facteur de vulnérabilité ou comme facteur de protection dans la création du lien mère-enfant, et ce, en fonction de son niveau (faible à élevé). L'observation de bonnes capacités à mentaliser chez les mères présentant des caractéristiques du trouble de la personnalité limite pourrait toutefois être associée au phénomène de pseudomentalisation. Encore une fois, il semble qu'aucune étude ne se soit penchée spécifiquement sur les pères présentant des caractéristiques du trouble de la personnalité limite. Cependant, il semble possible de penser que les capacités de mentalisation agiraient sensiblement de la même façon que pour la mère.

Objectifs et hypothèses de recherche

Les observations rapportées dans le contexte théorique, bien que plusieurs dépeignent la mentalisation post-grossesse, permettent de penser que les déficits de mentalisation pourraient se manifester dès le début de la grossesse, et ce, chez le parent présentant des traumatismes relationnels précoces. À notre connaissance, la littérature scientifique ne semble rien indiquer à ce sujet en contexte prénatal. La présente étude tentera donc d'explorer ces questionnements en évaluant si les parents en attente d'un enfant avec ou sans traumas infantiles se distinguent en termes de capacités de mentalisation parentale prénatale (objectif 1) et tentera également de déterminer si l'association entre la sévérité des traumas et les capacités de mentalisation parentale prénatale est médiée par la sévérité des symptômes associés aux troubles de la personnalité limite (objectif 2). En ce qui a trait à l'objectif 1, il est attendu d'observer une différence quant aux capacités de mentalisation parentale prénatale entre les participants avec et sans traumas infantiles (hypothèse 1). Quant à l'objectif 2, il est attendu que la sévérité des symptômes associés au trouble de la personnalité limite agisse comme médiateur de l'association entre ces deux variables. Comme aucune étude ne semble avoir été réalisée sur les capacités de mentalisation prénatale chez les pères et que la grossesse représente également une période d'adaptation importante pour ces hommes, la présente étude inclura un échantillon de pères. À cet effet, il est attendu que les associations envisagées entre les variables à l'étude soient indépendantes du genre du parent.

Méthode

La prochaine section présente la description des participants, les instruments de mesure, de même que la méthodologie utilisée.

Participants

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'un projet longitudinal plus vaste au cours duquel les participants ont complété une batterie de 15 questionnaires. Les 126 participants de ce projet ont également complété un entretien de grossesse. L'étude actuelle utilise les données préliminaires issues d'un sous-échantillon de 30 hommes et femmes pour lesquels l'entretien fut coté pour la mentalisation parentale prénatale. Les 30 participants (23 femmes primipares et 7 hommes) âgés entre 17 et 41 ans ont été recrutés lors des cours prénataux offerts au CIUSSS MCQ. Dans cet échantillon, 17 ont vécu deux formes de maltraitance ou plus selon les seuils validés du CTQ (voir la section instruments) et 13 n'ont pas ce type de vécu. Les participants devaient être majeurs et en attente d'un enfant pour la première fois. Ceux qui avaient des habiletés de lecture insuffisantes pour compléter les questions, une grossesse multiple ou étaient en attente d'un enfant pour lequel un trouble génétique a été diagnostiqué étaient exclus de l'étude. Le Tableau 1 fait état des caractéristiques des participants et participantes.

Tableau 1
Description des participants

Indicateurs	Total (N = 30) n (%)
Âge (n = 30)	
17-25	12 (40,0)
26-35	15 (50,0)
36 et plus	3 (10,0)
Sexe (n = 30)	
Femme	23 (76,7)
Homme	7 (23,3)
Scolarité (n = 30)	
Primaire	3 (10,0)
Secondaire	5 (16,7)
DEC ¹	12 (40,0)
Diplôme universitaire	10 (33,3)
Revenu annuel (\$) (n = 29)	
0-14 999	10 (34,5)
15 000-34 999	4 (13,7)
35 000-54 999	12 (41,3)
55 000 et plus	3 (10,3)
Niveau de défavorisation sociale (n = 26) ²	
Favorable	4 (15,4)
Moyennement favorable/défavorable	11 (42,3)
Défavorable	3 (11,5)
Très défavorable	8 (30,8)
Présence de traumatismes infantiles	17 (56,7)
Négligence émotionnelle	5 (16,7)
Négligence physique	8 (26,7)
Abus émotionnel	10 (33,3)
Abus physique	5 (16,7)
Abus sexuel	9 (30,0)

Note. ¹ Diplôme d'études collégiales, ² Cette variable est obtenue en raison des données manquantes à la saisie des questionnaires

Instruments de mesure

Les instruments de mesure ayant permis la collecte des données quantitatives à l'étude sont décrits ci-dessous.

Childhood Trauma Questionnaire

La version francophone du *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ-28; Lacharité et al., 2002) de Bernstein et ses collaborateurs (2003) fut administrée aux participants dans l'objectif d'évaluer cinq différentes formes de mauvais traitements vécus avant l'âge de 18 ans. Le CTQ-28 est un instrument standardisé autorapporté de 28 items qui évalue la négligence physique et émotionnelle ainsi que l'abus émotionnel, physique et sexuel. Les réponses sont cotées sur une échelle de Likert en cinq points allant de *Jamais vrai* (1) à *Très souvent vrai* (5). Des scores plus élevés indiquent une exposition plus sévère à la maltraitance et à la négligence durant l'enfance. La validité et la fidélité du CTQ ont été établies, incluant des mesures de validité convergente et discriminante à partir d'entrevues structurées (Bernstein et al., 2003). Les seuils ont été validés pour chaque sous-échelle (violence physique ≥ 8 , violence psychologique ≥ 10 , violence sexuelle ≥ 8 , négligence physique ≥ 8 et négligence psychologique ≥ 15) (Walker et al., 1999).

Personality Diagnostic Questionnaire

La version francophone du *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ-4+; Bouvard, & Cosma, 2008) de Hyler (1994) a été administrée aux participants dans l'objectif de fournir une autoévaluation des symptômes de tous les troubles de la

personnalité décrits dans le DSM-IV-R (APA, 1994), incluant le trouble de la personnalité limite. Cet instrument comporte 99 items format vrai ou faux permettant d'obtenir un score de sévérité par trouble, par groupe de troubles et un score total. Dans le cadre de la présente étude, le score total pour le trouble de la personnalité limite est utilisé. Un score de 5 et plus suggère la présence possible d'un trouble de la personnalité limite et invite à une évaluation plus approfondie (Hyler, 1994). Les propriétés psychométriques du PDQ-4+ se sont avérées satisfaisantes tant dans sa version originale que dans son adaptation à d'autres langues et cultures (Fossati et al., 1998; Wilberg et al., 2000; Yang et al., 2000).

Pregnancy Interview Revised

L'entrevue de grossesse, soit le *Pregnancy Interview Revised* (PI-R) par Slade (2007) est une entrevue semi-structurée composée de 22 questions qui a été utilisée afin d'évaluer l'expérience de la grossesse des participants et de déterminer leur fonctionnement réflexif parental prénatal (FRP). L'entrevue fut administrée à chaque participant en fonction de leur rôle parental, et ce, au cours du troisième trimestre de grossesse pour une durée moyenne de 40 minutes par entrevue. Elle a pour objectif de faire émerger les états mentaux du parent en regard de son expérience émotionnelle liée à la grossesse ainsi que ses attentes et ses craintes à l'égard du bébé et de son rôle parental. Chaque entrevue de grossesse a été enregistrée sur bande audio et menée chez le participant ou dans nos locaux de recherche à l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'entretien a été transcrit verbatim et codé à partir du manuel de cotation du fonctionnement réflexif spécifiquement

conçu pour le PI-R (Slade et al., 2007; Slade, Patterson et al., 2005). Il s'agit d'un addenda à l'échelle de fonctionnement réflexif général de Fonagy et ses collègues (1998). Les réponses des participants aux questions individuelles ont été cotées sur une échelle en 11 points allant de *FRP négatif* (-1) à *FRP complet ou exceptionnel* (9). Un score total était ensuite dérivé de l'entretien, reflétant à la fois la tendance générale du participant et ses capacités à réfléchir à la grossesse en termes d'états mentaux. Les scores inférieurs à 5 indiquent un FRP absent, faible ou modéré tandis que des scores de 5 et plus indiquent une capacité de mentalisation parentale prénatale efficace, bonne ou supérieure (Slade et al., 2007). Les transcriptions ont été cotées par deux chercheurs formés par l'équipe d'Arietta Slade ayant complété un processus d'accréditation et ont démontré un accord satisfaisant sur vingt entretiens.

Déroulement

Les intervenants œuvrant en périnatalité au CIUSSS MCQ ont été rencontrés par l'équipe de recherche. Lors de cette rencontre, le projet de recherche longitudinal duquel est tiré l'échantillon de l'étude actuelle ainsi que ses objectifs ont été exposés aux intervenants et les chercheurs ont fait appel à leur contribution. L'objectif principal de l'étude était présenté en indiquant que le but premier du projet était de mieux comprendre l'influence des événements de vie difficiles sur la transition à la parentalité. Les objectifs spécifiques quant à eux, faisaient référence à l'importance de déterminer la prévalence d'adultes en attente d'un enfant parmi la clientèle du CIUSS MCQ ayant vécu des événements de vie difficiles ou traumatiques au cours de leur enfance et de favoriser le

recrutement de participants pour une deuxième phase de l'étude visant à mieux comprendre cette clientèle (voir Appendice). La contribution attendue consistait à inviter systématiquement les adultes en attente d'un enfant à remplir un questionnaire sur les expériences difficiles en enfance (CTQ-28). Le questionnaire était remis aux participants dans une enveloppe contenant également un formulaire de consentement. Les documents étaient remplis sur place et étaient immédiatement replacés dans l'enveloppe une fois complétés. L'enveloppe était cachetée par les participants potentiels afin de protéger la confidentialité des réponses et elle était ensuite remise à l'intervenant, qui la plaçait dans les archives sécurisées de l'établissement. Cette dernière était ensuite récupérée par un membre de l'équipe de recherche. Chaque participant était recontacté par téléphone et invité à compléter une série de questionnaires sur une plateforme en ligne sécurisée ou en format papier. Au troisième trimestre de la grossesse, ils étaient ensuite conviés à deux entretiens à domicile ou dans un local de recherche à l'Université du Québec à Trois-Rivières afin de procéder à la passation du PI-R. Une compensation de 10 \$ pour la complétion des questionnaires et de 10 \$ pour la passation des entrevues était offerte. Le projet de recherche fut évalué par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et du CIUSSS MCQ.

Plan de l'expérience

La présente étude utilise un devis corrélationnel. Le premier objectif vise à évaluer l'impact de la sévérité du vécu traumatique sur les habiletés de mentalisation parentale prénatale. Afin d'observer si les parents en attente d'un enfant avec ou sans traumatismes

infantiles se distinguent en termes de capacités de mentalisation parentale prénatale (hypothèse 1), des corrélations de Pearson sont d'abord réalisées entre les variables à l'étude et des variables potentiellement confondantes (sexe, éducation, revenu annuel, niveau de défavorisation sociale) en utilisant la sévérité des traumas comme variable continue. L'association entre les traumas et la mentalisation parentale prénatale est ensuite évaluée à l'aide d'un test *t* de Student comparant les participants avec et sans trauma sur leurs habiletés de mentalisation parentale prénatale. Le deuxième objectif de l'étude est d'évaluer l'effet médiateur de la sévérité des symptômes associés au trouble de la personnalité limite. Afin d'observer si les traumas affectent la mentalisation parentale prénatale indirectement via les manifestations typiques d'un trouble de la personnalité limite (hypothèse 2), des analyses de médiation à l'aide du logiciel Process pour SPSS sont réalisées, où la sévérité des traumas est le prédicteur, le score total de mentalisation parentale prénatale est le critère et la sévérité des caractéristiques associées au trouble de la personnalité limite est le médiateur. L'effet indirect est examiné par la méthode du « *bootstrap* », une procédure de rééchantillonnage (1000 échantillons) avec intervalle de confiance qui estime les propriétés de nouveaux échantillons à partir des observations de l'échantillon d'origine (Preacher & Hayes, 2008). Une analyse de puissance suggère qu'un échantillon de 31 participants est requis pour détecter à l'aide de régressions multiples incluant deux prédicteurs, un effet dont la taille est d'environ $f^2 = 0,35$ avec une puissance de 80 % et un seuil alpha de 0,05. L'échantillon apparaît donc juste, mais suffisant.

Résultats

Cette section présente les résultats quantitatifs issus des données recueillies auprès des participants par les différents instruments de mesure utilisés dans le cadre de l'étude.

Analyses préliminaires

Une analyse de corrélation entre les variables à l'étude ainsi que les variables potentiellement confondantes a permis d'observer que les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe et scolarité) n'ont pas de relation significative avec la variable dépendante, soit le score de mentalisation parentale prénatale (voir Tableau 2). Le fait d'être un homme ou une femme en attente d'un enfant n'aurait donc pas d'impact significatif sur le score de mentalisation parentale prénatale.

Les mêmes analyses ont également montré une corrélation modérée négative entre la sévérité des symptômes de trouble de la personnalité limite et le score de mentalisation, $r(30) = -0,57, p = 0,001$ et une relation positive entre la sévérité de la maltraitance vécue au cours de l'enfance et la sévérité des symptômes du trouble de la personnalité limite, $r(30) = 0,42, p = 0,02$.

Tableau 2*Corrélations entre les variables à l'étude et les variables potentiellement confondantes*

Variabes	2	3	4	5	6
1. Score au PI	-0,22	0,14	0,18	0,25	-0,57**
2. Score au CTQ		-0,43*	-0,18	-0,55**	0,42*
3. Âge			0,46*	0,10	-0,24
4. Sexe				0,12	-0,46*
5. Scolaarité					-0,62**
6. Score au PDQ					

Note. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$ **Analyse de comparaison des groupes dans l'échantillon**

Un test t pour échantillons indépendants a été réalisé afin de comparer le score de mentalisation des participants ayant un historique de traumas précoces à ceux n'ayant pas rapporté un tel vécu. L'analyse indique qu'il n'existe pas de différence significative entre les scores du groupe sans trauma précoce ($M = 4,08$, $E.T. = 1,26$) et les scores du groupe avec traumas précoces ($M = 3,71$, $E.T. = 1,36$), [$t(28) = 0,77$, $p = 0,23$]. Lorsque les traumas sont traités de façon continue, les résultats sont congruents, $r(30) = -0,22$, $p = 0,24$.

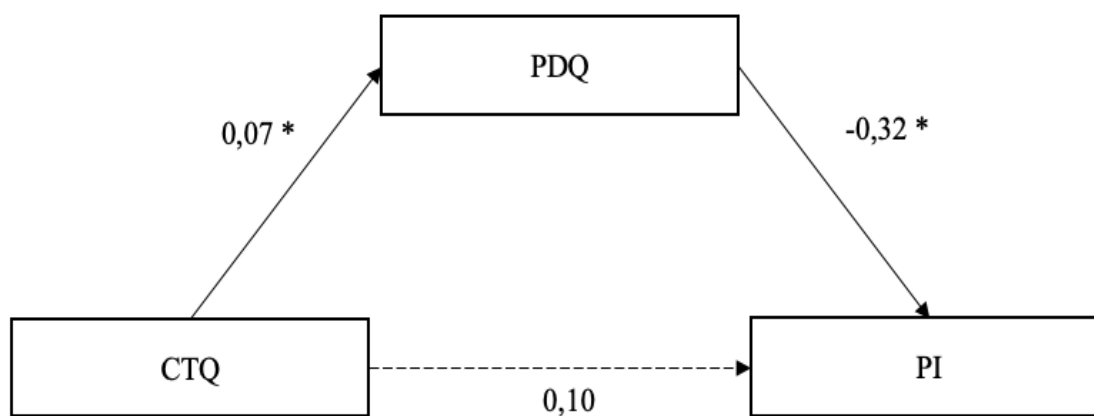
Analyse de médiation

La Figure 1 présente les résultats de l'analyse de médiation évaluant le rôle médiateur de la sévérité des symptômes du trouble de la personnalité limite (PDQ) dans la relation entre le score aux habiletés de mentalisation parentale prénatale (PI) et la présence de

traumas infantiles (CTQ). Les résultats confirment un lien indirect significatif entre la sévérité de la maltraitance vécue au cours de l'enfance et de faibles habiletés de mentalisation parentale prénatale via la sévérité des symptômes du trouble de la personnalité limite ($\beta = -0,02$, $p < 0,05$, 95% IC = $-0,067 - -0,003$).

Figure 1

Analyse des voies pour les effets directs entre la présence de traumas infantiles (PDQ), la sévérité des symptômes de trouble de la personnalité limite (PDQ) et les habiletés à la mentalisation parentale prénatale (PI)



Note. $*p < 0,05$.

Discussion

Le premier objectif de la présente étude visait à évaluer si les parents en attente d'un enfant avec ou sans traumatismes infantiles se distinguent en termes de capacités de mentalisation parentale prénatale. Le second objectif de l'étude était d'évaluer l'effet médiateur de la sévérité des symptômes associés au trouble de la personnalité limite, et ce, afin d'observer si les traumatismes affectent la mentalisation parentale prénatale indirectement via la sévérité des manifestations d'un trouble de la personnalité limite (hypothèse 2).

Dans un premier temps, il était attendu qu'il y ait une différence significative entre les participants avec et sans traumatismes infantiles. La différence constatée à l'analyse des résultats n'était cependant pas significative, ce qui suggère que la présence de traumatismes n'aurait pas d'impact direct significatif sur les capacités des participants à mentaliser par rapport à la grossesse. Ces résultats abondent dans le même sens que ceux observés dans l'étude d'Ensink et ses collaborateurs (2014) ayant été réalisée auprès de femmes enceintes ayant vécu de mauvais traitements durant leur enfance afin de comparer les scores au FR spécifique au trauma et au FR global. Les résultats suggèrent que les victimes de maltraitance ne présentent pas, pour la majorité, une incapacité à mentaliser de façon globale. En revanche, elles présenteraient un effondrement marqué de la capacité à réfléchir à leurs expériences traumatiques et à leurs impacts. Il serait donc possible de penser que la préservation des capacités de mentalisation à la suite des traumatismes infantiles

aurait agi comme un facteur de résilience permettant un ajustement favorable à la grossesse. L'expérience de traumatismes infantiles n'impacterait donc pas négativement les capacités de mentalisation dans leur ensemble. Cette hypothèse converge dans le même sens que certaines recherches qui ont étudié la mentalisation comme un facteur important de promotion de la résilience chez les individus ayant vécu des traumatismes infantiles (Berthelot et al., 2019; Chiesa & Fonagy, 2014; Ensink et al., 2014; Luyten & Fonagy, 2019). D'une perspective développementale basée sur la mentalisation, ces résultats semblent contradictoires, car celle-ci dépeint les traumatismes infantiles comme un facteur de vulnérabilité important altérant l'attachement et les capacités à mentaliser pouvant compromettre la résilience face aux difficultés à venir (Fonagy & Luyten, 2009). Plusieurs études viennent appuyer cette perspective indiquant un effet direct des traumatismes de l'enfance sur la mentalisation (Ensink et al., 2017; Hayden et al., 2019; Huang et al., 2020; Petersen et al., 2016; Quek et al., 2017). Ces études qui portent sur des échantillons d'enfants abusés sexuellement, d'adolescents et des adultes présentant un trouble de la personnalité limite ont toutes montré une association plus importante entre les traumatismes précoces et le FR. Certaines explications semblent possibles quant à l'observation de résultats contradictoires. À titre d'exemple, il serait permis de penser que la majeure partie des participants à l'étude auraient un attachement sécurisant malgré une histoire de trauma, ce qui aurait favorisé le développement de bonnes capacités à mentaliser la grossesse. De ce fait, il aurait été pertinent de s'intéresser au type d'attachement des participants afin de vérifier l'association entre l'attachement et la mentalisation parentale prénatale dans l'échantillon. Comme la mentalisation est une

capacité évoluant en fonction d'interactions sociales profondes (Fonagy, 2011), il serait également probable que les capacités à mentaliser des participants se soient développées par l'entremise d'autres relations significatives tout au long de la vie (p. ex., grands-parents, beaux-parents, enseignant, entraîneur, thérapeute, etc.) (Stein, 2006). Les participants à l'étude semblent donc avoir bénéficié de différentes opportunités pouvant avoir contribué à diminuer la méfiance engendrée par les traumatismes précoces leur permettant de s'ouvrir à leur monde interne et à celui des autres. Il semble aussi important de souligner que les outils de mesure permettant d'évaluer les capacités de mentalisation ne sont pas tous les mêmes. Certaines études ont utilisé l'entrevue semi-structurée *Adult Attachment Interview* (AAI), des questionnaires autorapportés tel que le *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ) et d'autres ont administré des tâches de la *Theory of Mind* (ToM). Aucun n'était lié à l'évaluation du FR en lien avec la période de grossesse et tous mesureraient les capacités de mentalisation de différentes façons. Davantage d'études devraient s'intéresser à la mentalisation parentale prénatale afin de pouvoir généraliser les résultats obtenus.

Dans un deuxième temps, il était attendu que l'association entre la sévérité des traumatismes infantiles et les habiletés à la mentalisation parentale prénatale soit médiée par la sévérité des symptômes du trouble de la personnalité limite. Les résultats obtenus soutiennent cette hypothèse en indiquant que les traumatismes précoces semblent jouer un rôle indirect sur la mentalisation parentale prénatale via les manifestations du trouble de la personnalité limite.

Ces résultats abondent dans la même direction que la littérature existante sur l'association entre le trouble de la personnalité limite et les deux variables à l'étude. En effet, plusieurs recherches indiquent que la présence de traumatismes infantiles est un prédicteur important quant au développement d'un trouble de personnalité limite plus tard à l'âge adulte (Bierer et al., 2003; Lobbestael et al., 2010; Stepp et al., 2016). Cependant, les résultats aux études montrent moins de cohérence en ce qui a trait à l'association entre le trouble de la personnalité limite et la mentalisation maternelle postnatale. En effet, certaines n'ont pas observé d'impact du trouble de la personnalité limite sur les capacités de mentalisation maternelle (Marcoux et al., 2017; Newman-Morris et al., 2020) en expliquant leurs résultats par le concept d'hypermentalisation parfois constaté chez les individus présentant des symptômes de la personnalité limite. Cependant, la présente étude rapporte une association directe entre ces deux variables indiquant un impact négatif des symptômes du trouble de la personnalité sur le score de mentalisation parentale prénatale. Ces résultats soutiennent ceux de Petersen et al. (2016), qui indiquent une diminution marquée du score de FR global, chez les femmes présentant des symptômes du trouble de la personnalité limite, et ce, lorsque la tâche de mentalisation devient davantage complexe. Selon ces résultats, il semble donc cohérent d'observer un effet médiateur de cette variable. Cependant, cette étude ne fait pas particulièrement référence aux capacités de mentalisation parentale prénatale, mais aux capacités de mentalisation globale, ce qui altère la généralisation des résultats.

Selon la littérature, les résultats obtenus pourraient soutenir les études montrant que l'expérience de maltraitance infantile risque d'altérer le développement de la personnalité et donc d'interférer avec le développement identitaire et la façon d'entrer en relation avec les autres (Battle et al., 2004; Bierer et al., 2003; Lobbestael et al., 2010; Porter et al., 2020). Comme il a été discuté précédemment, la transition à la parentalité engendre un réaménagement identitaire important. Le parent doit parvenir à acquérir une identité parentale qui répond à sa propre personnalité, une identité unique et distincte de celle de leurs propres parents (Colman & Colman, 1977). Cette transition se fait donc sur une identité déjà altérée par une histoire de mauvais traitements précoces qui aurait également le pouvoir d'affecter le développement des représentations de soi et du monde (Reviere & Bakeman, 2001), ce qui altérerait en retour la façon dont les parents réfléchissent à leur expérience de grossesse et à l'enfant à venir.

Impacts et retombées théoriques et pratiques possibles

Cette étude représente les balbutiements de la recherche sur la mentalisation parentale prénatale. Les résultats obtenus viennent donc enrichir la littérature sur le sujet et ouvrir la discussion sur l'importance de porter une attention particulière aux parents présentant des vulnérabilités psychologiques en contexte prénatal (Narayan et al., 2016). Cette période pouvant parfois exacerber ces vulnérabilités, la présente étude indique que la grossesse représente une crise identitaire importante pouvant se voir altérée par la présence du trouble de la personnalité prenant racine via une histoire de mauvais traitements infantiles. Elle supporte également la théorie selon laquelle l'expérience de

traumas infantiles n'impacterait pas négativement les capacités de mentalisation dans leur ensemble. La préservation des capacités de mentalisation parentale prénatale en contexte de maltraitance infantile permettrait un ajustement à la grossesse en favorisant l'émergence des états mentaux du parent en regard de son expérience liée à la grossesse ainsi que ses attentes et ses craintes à l'égard du bébé et de son rôle parental (Berthelot et al., 2019; Chiesa & Fonagy, 2014; Ensink et al., 2014; Luyten & Fonagy, 2019).

Sur le plan pratique, les résultats obtenus pourraient permettre de contribuer à soutenir le déploiement d'interventions préventives visant à favoriser le développement des capacités de mentalisation parentales, et ce, dès la période prénatale chez des sous-groupes plus vulnérables de la population (p. ex., présentant un trouble de la personnalité limite). Les résultats obtenus montrent l'importance de dépister la présence de caractéristiques du trouble de la personnalité limite chez les parents en attente d'un enfant, car, selon leur analyse, c'est cette variable qui aurait un lien direct sur les capacités de mentalisation parentale prénatale. Les interventions proposées pourraient permettre aux parents de mieux se représenter et de mieux comprendre l'expérience interne de leurs enfants et donc d'anticiper et de réagir de façon sensible et appropriée à leurs signaux, et ce, en étant davantage en mesure de prendre un pas de recul par rapport à leurs propres expériences affectives. Globalement, elles pourraient permettre une meilleure adaptation psychologique à la parentalité et ultimement de favoriser un attachement sécurisant avec le nourrisson (Markin, 2013). Il serait même possible de penser que ces interventions pourraient éventuellement favoriser le développement de bonnes pratiques parentales par

le biais du développement de la mentalisation et donc d'avoir un impact positif sur le phénomène de la maltraitance infantile (Muller & Mercer, 1993).

Limites et pistes de recherche futures

Cette recherche présente certaines limites qui méritent d'être abordées. Le nombre de participants représente le seuil limite acceptable à la réalisation d'une étude quantitative de ce type, ce qui impacte sur la généralisation des résultats. Toutefois, l'ajout d'un petit échantillon d'hommes a pu permettre de constater qu'il ne semble pas y exister de différences significatives entre les hommes et les femmes en attente d'un enfant quant aux scores de mentalisation parentale prénatale. Il semble également important de considérer qu'un biais d'échantillonnage aurait pu entraîner la participation de volontaires étant plus confortables à discuter de leur grossesse, pouvant impacter positivement les résultats au FRP. Également, l'idée de la grossesse socialement représentée comme une période d'allégresse et de plénitude pourrait avoir eu un impact sur la façon dont les participants ont pu répondre aux questions de l'entrevue (PI-R), pouvant possiblement se couper de leur capacité à mentaliser pour éviter de développer ou d'aborder certains sujets plus délicats. Le biais de désirabilité sociale aurait donc pu jouer un rôle non négligeable dans la façon dont les participants ont discuté de leur expérience de grossesse. De plus, les mesures autorapportées au CTQ, portent à réfléchir sur des événements de longue date pouvant entraîner un biais de rappel important. L'utilisation du PDQ-4 a permis d'obtenir des données de façon facile et rapide. Toutefois, ce type de questionnaire peut mener à un haut taux de résultats de type faux positif en comparaison à l'utilisation d'entrevues

semi-structurées (Hyer et al., 1992). Les mesures autorapportées au PDQ-4 quant à la présence de caractéristiques liées au trouble de la personnalité limite aurait pu être évaluées à l'aide d'un entretien de type SCID-II afin d'augmenter la validité des résultats obtenus. Finalement, les participants à l'étude représentent un échantillon non clinique. Il serait important d'inclure un échantillon clinique dans les recherches futures afin d'obtenir un portrait plus juste de cette population.

Ultimement il serait intéressant et nécessaire de reproduire cette étude à l'aide d'un plus large échantillon afin d'obtenir une meilleure généralisation des résultats ainsi que de réaliser l'étude sur un échantillon complet d'hommes en attente d'un enfant. Comme la littérature s'intéresse très peu à ces hommes, il semble important d'y porter une attention particulière afin de mieux comprendre leur expérience et de développer des interventions spécifiques à leur rôle de père, et ce, en fonction des besoins observés dans les recherches futures. De ce fait, il serait intéressant de comparer l'expérience des hommes et des femmes en attente d'un enfant afin d'intervenir en fonction des besoins de chacun. Ces avenues permettraient d'élargir la littérature quasi inexistante sur le sujet. Il serait également intéressant de se pencher sur les différentes variables possibles qui pourraient influencer le lien entre les variables du présent modèle et jouer un rôle sur l'impact des capacités de mentalisation parentale prénatale. Par exemple, la qualité de la relation conjugale ainsi que le fait que l'enfant soit désiré ou non pourraient faire partie des variables à explorer dans le futur.

De plus, des chercheurs mesurant le fonctionnement réflexif parental ont montré qu'un bon niveau de FRP était associé à un degré élevé de satisfaction face à la parentalité ainsi qu'à une implication et une communication plus importante avec le nourrisson post-grossesse (Rostad & Whitaker, 2016). Rutherford et ses collaborateurs (2017) ont montré quant à eux que les scores au FRP étaient associés aux corrélats neuronaux de la perception des signaux de détresse du nourrisson, montrant une association entre les scores du FRP et la sensibilité parentale aux signaux émotionnels de l'enfant. Ces résultats permettent d'émettre l'hypothèse selon laquelle le FRPP pourrait prédire la sensibilité parentale ainsi que les comportements parentaux une fois l'enfant au monde. Ces constats montrent l'importance de s'intéresser davantage aux capacités de mentalisation parentale prénatale et à ses impacts post-grossesse.

Une autre avenue de recherches futures serait l'exploration qualitative du discours à propos de la grossesse chez les femmes enceintes et les hommes en attente d'un enfant, permettant une analyse plus approfondie des capacités de mentalisation parentale prénatale, mais également des thèmes soulevés par les participants et des défenses activées durant l'entretien. Cette avenue permettrait d'explorer la façon dont se manifestent les capacités de mentalisation parentale prénatale et de cibler les thèmes étant davantage touchés par un déficit de mentalisation permettant, entre autres, d'orienter les interventions préventives en lien avec la grossesse et le développement des habiletés de mentalisation parentale prénatale. Un échantillon incluant un groupe non clinique et

clinique en lien avec le diagnostic d'un trouble de la personnalité limite pourrait permettre de constater la présence de différences quant aux variables à l'étude.

Conclusion

En somme, la présente étude a permis de mieux comprendre un concept encore très peu étudié dans la littérature, soit la mentalisation parentale prénatale en contexte de maltraitance infantile, et ce, en identifiant la présence de caractéristiques du trouble de la personnalité limite comme médiateur. Cette étude représente la première à évaluer l'ensemble de ces variables et soulève l'importance de porter une attention particulière à la santé psychologique des parents en attente d'un enfant et de son impact sur les habiletés de mentalisation parentale prénatale (p. ex., à penser au fœtus en tant qu'individu séparé, ayant ses propres caractéristiques personnelles, son propre tempérament et ses propres besoins, à réfléchir à l'importance de son propre bien-être pour l'enfant à naître et aux changements que cet enfant apportera inévitablement à sa vie (Pajulo et al., 2006). Des recherches ultérieures seront nécessaires afin de mieux comprendre la mentalisation parentale prénatale et les facteurs pouvant avoir un impact significatif sur le développement de cette capacité, et ce, autant chez l'homme et la femme.

Références

- Aber, J. L., Slade, A., Berger, B., Bresgi, I., & Kaplan, M. (1985). *The parent development interview*. Manuscrit non publié.
- Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M. W., MacMillan, H., & Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(1), 814-822. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.008>
- Aidane, É., Wendland, J., Rabain, D., & Marie, P. (2009). Un suivi thérapeutique atypique : co-constructions thérapeutiques de la relation précoce d'une mère borderline et son bébé. *La psychiatrie de l'enfant*, 52(1), 131-166. <https://doi.org/10.3917/psy.521.0131>
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (Éds). (2006). *The handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470712986>
- Allolio, B., Hoffmann, J., Linton, E. A., Winkelmann, W., Kusche, M., & Schulte, H. M. (1990). Diurnal salivary cortisol patterns during pregnancy and after delivery: Relationship to plasma corticotrophin-releasing-hormone. *Clinical Endocrinology*, 33(1), 279-289. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.1990.tb00492.x>
- Alvarez, L., & Cayol, V. (2015) *Psychologie et psychiatrie de la grossesse : de la femme à la mère*. Odile Jacob.
- Alvarez-Segura, M., Garcia-Esteve, L., Torres, A., Plaza, A., Imaz, M. L., Hermida-Barros, L., & Burtchen, N. (2014). Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 17(1), 343-357. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0440-9>
- American Psychiatric Association. (APA, 1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., & Tambelli, R. (1999). *Maternité et grossesse*. Presses universitaires de France.

- Ammaniti, M., Tambelli, R., & Odorisio, F. (2013). Exploring maternal representations during pregnancy in normal and at-risk samples: The use of the interview of maternal representations during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 34(1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/imhj.21357>
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(1), 174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., & Åström, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(1), 148-154. <https://doi.org/10.1067/MOB.2003.336>
- Antonucci, T. C., & Mikus, K. (1988). The power of parenthood: Personality and attitudinal changes during the transition to parenthood. Dans G. Y. Michaels & W. A. Goldberg (Éds), *The transition to parenthood: Current theory and research* (pp. 62-84). Cambridge University Press.
- Austin, M. P., Hadzi-Pavlovic, D., Leader, L., Saint, K., & Parker, G. (2005). Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: Relationships with infant temperament. *Early Human Development*, 81(1), 183-190. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.07.001>
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 193-211. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.2.193.32777>
- Belsky, J., & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 52(1), 5-19. <https://doi.org/10.2307/352833>
- Benedict, M. I., Paine, L. L., Paine, L. A., Brandt, D., & Stallings, R. (1999). The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 23(1), 659-670. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00040-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00040-X)
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004a). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698-709. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f>

- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004b). Depression during pregnancy. *Clinical Drug Investigation*, 24(1), 157-179. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12678>
- Bernazzani, O., Saucier, J. F., David, H., & Borgeat, F. (1997). Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 391-402. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00371-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00371-6)
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(1), 169-190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 200-212. <https://doi.org/10.1002/imhj.21499>
- Berthelot, N., Ensink, K., & Drouin-Maziade, C. (2016). Les défis de la parentalité pour les adultes exposés à de mauvais traitements au cours de leur enfance. Dans C. Giraudeau & G. Chasseigne (Éds), *Éléments pour une psychologie de la maltraitance* (pp. 53-80). Publibook.
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Lacharité, C., & Muzik, M. (2019). The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse & Neglect*, 95(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104065>
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., & Muzik, M. (2020). Prenatal attachment, parental confidence, and mental health in expecting parents: The role of childhood trauma. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 85-95. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13034>
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S., & Valenstein, A. F. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship: I. Some propositions and comments. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16(1), 25-44. <https://doi.org/10.1080/00797308.1961.11823198>
- Bierer, L. M., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou, V., New, A. S., Silverman, J. M., & Siever, L. J. (2003). Abuse and neglect in childhood: Relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectrums*, 8(1), 737-754. <https://doi.org/10.1017/s1092852900019118>

- Birnbaum, G. E., & Reis, H. T. (2006). Women's sexual working models: An evolutionary-attachment perspective. *Journal of Sex Research*, 43(1), 328-342. <https://doi.org/10.1080/00224490609552332>
- Black, D. A., Heyman, R. E., & Slep, A. M. S. (2001). Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6(1), 121-188. [http://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00021-5](http://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00021-5)
- Blackmore, E. R., Putnam, F. W., Pressman, E. K., Rubinow, D. R., Putnam, K. T., Matthieu, M. M., Gilchrist, M. A., Jones, I., & O'Connor, T. G. (2016). The effects of trauma history and prenatal affective symptoms on obstetric outcomes. *Journal of Traumatic Stress*, 29(1), 245-252. <https://doi.org/10.1002/jts.22095>
- Blankley, G., Galbally, M., Snellen, M., Power, J., & Lewis, A. J. (2015). Borderline personality disorder in the perinatal period: Early infant and maternal outcomes. *Australasian Psychiatry*, 23(1), 688-692. <https://doi.org/10.1177/1039856215590254>
- Bondas, T., & Eriksson, K. (2001). Women's lived experiences of pregnancy: A tapestry of joy and suffering. *Qualitative Health Research*, 11(1), 824-840. <https://doi.org/10.1177/104973201129119415>
- Borelli, J. L., Burkhart, M. L., Rasmussen, H. F., Brody, R., & Sbarra, D. A. (2017). Secure base script content explains the association between attachment avoidance and emotion-related constructs in parents of young children. *Infant Mental Health Journal*, 38(2), 210-225. <https://doi.org/10.1002/imhj.21632>
- Borelli, J. L., St John, H. K., Cho, E., & Suchman, N. E. (2016). Reflective functioning in parents of school-aged children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(1), 24-36. <https://doi.org/10.1037/ort0000141>
- Borelli, J. L., West, J. L., Decoste, C., & Suchman, N. E. (2012). 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*, 33(1), 506-519. <https://doi.org/10.1002/imhj.21340>
- Bouvard, M., & Cosma, P. (2008). Étude exploratoire d'un questionnaire sur les troubles de la personnalité. *L'Encéphale*, 34(1), 517-525. <https://doi.org/10.1016/J.ENCEP.2007.08.006>
- Buckwalter, J. G., Stanczyk, F. Z., McCleary, C. A., Bluestein, B. W., Buckwalter, D. K., Rankin, K. P., Chang, L., & Goodwin, T. M. (1999). Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology*, 24(1), 69-84. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(98\)00044-4](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(98)00044-4)

- Bydlowski, M. (2000). *Je rêve un enfant : l'expérience intérieure de la maternité*. Odile Jacob.
- Caplan, G. (1957). Psychological aspects of maternity care. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 47(1), 25-31. <https://doi.org/10.2105/AJPH.47.1.25>
- Carr, S., & Francis, A. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Australian Psychologist*, 44(1), 146-155. <https://doi.org/10.1080/00050060903136847>
- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2014). Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personality and Mental Health*, 8(1), 52-66. <https://doi.org/10.1002/pmh.1245>
- Cigoli, V., Gilli, G., & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(1), 91-97. <https://doi.org/10.1080/01674820600714566>
- Cohen, L. J., & Slade, A. (2000). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. *Handbook of infant mental health* (2^e éd., pp. 20-36). Guilford Press.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. *Social Support and Health*, 3(1), 3-22.
- Coleman, P., Nelson, E. S., & Sundre, D. L. (1999). The relationship between prenatal expectations and postnatal attitudes among first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(1), 27-39. <https://doi.org/10.1080/02646839908404582>
- Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2003). La transmission de la violence sexuelle : description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse & Neglect*, 27(1), 489-507. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00038-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00038-3)
- Colman, A. D., & Colman, L. L. (1977). *Pregnancy, the psychological experience*. Bantam Books.
- Colman, R. A., & Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: A prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 28(1), 1133-1151. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.02.005>
- Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1992). *When partners become parents: The big life change for couples*. Basic Books.

- Crittenden, P. M., & Ainsworth, M. D. S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. Dans D. Cicchetti. & V. Carlson (Éds). *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 432-463). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665707.015>
- Cupa, D., & Riazuelo-Deschamps, H. (2001). La constellation paternelle : une étude pilote en période prénatale. *Santé mentale au Québec*, 26(1), 58-78. <https://doi.org/10.7202/014511ar>
- Davis, D. C. (1996). The discomforts of pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 25(1), 73-81. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1996.tb02516.x>
- Davis, E. P., Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C., Chicz-Demet, A., & Sandman, C. A. (2005). Corticotropin-releasing hormone during pregnancy is associated with infant temperament. *Developmental Neuroscience*, 27(1), 299-305. <https://doi.org/10.1159/000086709>
- Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M. N., Conroy, S., Herlicoviez, M., Dreyfus, M., & Tordjman, S. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: A prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 938-946. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000244025.20549.bd>
- DeGroot, R. H., Vuurman, E. F., Hornstra, G., & Jolles, J. (2006). Differences in cognitive performance during pregnancy and early motherhood. *Psychological Medicine*, 36(1), 1023-1032. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007380>
- De Judicibus, M. A., & McCabe, M. P. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of Sex Research*, 39(2), 94-103. <https://doi.org/10.1080/00224490209552128>
- Dion, K. K. (1985). Socialization in adulthood. Dans G. Lindzey & E. Aronson (Éds), *Handbook of social psychology* (Vol. 2, pp. 119-149). Random House. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6772-0_5
- DiPietro, J. A., Novak, M. F., Costigan, K. A., Atella, L. D., & Reusing, S. P. (2006). Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Development*, 77(1), 573-587. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00891.x>
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(1), 601-619. <https://doi.org/10.1037/a0013969>

- Draper, L. (2006). Pregnant women in the workplace: Distinguishing between normal and abnormal physiologic changes. *Workplace Health & Safety*, 54(1), 217-225. <https://doi.org/10.1177/216507990605400505>
- Drevets, W. C., Price, J. L., Bardgett, M. E., Reich, T., Todd, R. D., & Raichle, M. E. (2002). Glucose metabolism in the amygdala in depression: Relationship to diagnostic subtype and plasma cortisol levels. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 71(1), 431-447. [https://doi.org/10.1016/S0091-3057\(01\)00687-6](https://doi.org/10.1016/S0091-3057(01)00687-6)
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(1), 381-392. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328>
- Ellonen, N., Peltonen, K., Pösö, T., & Janson, S. (2017). A multifaceted risk analysis of fathers' self-reported physical violence toward their children. *Aggressive Behavior*, 43(1), 317-328. <https://doi.org/10.1002/ab.21691>
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., Godbout, N., & Fonagy, P. (2017). Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(1), 11-30. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1172536>
- Ensink, K., Berthelot, N., Bernazzani, O., Normandin, L., & Fonagy, P. (2014). Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: Preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale. *Frontiers in Psychology*, 5, Article 1471. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01471>
- Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., Berthelot, N., & Fonagy, P. (2016). Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 48(1), 9-18. <https://doi.org/10.1037/cbs0000030>
- Esbjörn, B. H., Pedersen, S. H., Daniel, S. I., Hald, H. H., Holm, J. M., & Steele, H. (2013). Anxiety levels in clinically referred children and their parents: Examining the unique influence of self-reported attachment styles and interview-based reflective functioning in mothers and fathers. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 394-407. <https://doi.org/10.1111/bjc.12024>
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323(1), 257-260. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7307.257>

- Faisal-Cury, A., & Menezes, P. R. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10(1), 25-32. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0164-6>
- Feldman, R., Weller, A., Zagoory-Sharon, O., & Levine, A. (2007). Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychological Science*, 18(1), 965-970. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.02010.x>
- Fonagy, P. (1993). Psychoanalytic and empirical approaches to developmental psychopathology: Can they be usefully integrated?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 86(1), 577-581.
- Fonagy, P. (2011). The mentalization-focused approach to social development. Dans J. G. Allen & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 51-99). Routledge. <https://doi.org/10.1521/PEDI.2006.20.6.544>
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101. <https://doi.org/10.1080/09638230601182045>
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry*, 64(1), 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.006>
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(1), 1355-1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., & Luyten, P. A. (2016). Multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. Dans D. Cicchetti (Éd.), *Developmental psychopathology. Vol 3: Maladaptation and psychopathology* (3^e éd., pp. 726-792). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy317>
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The Theory and Practice of Resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 231-257. <https://doi.org/10.1111/J.1469-7610.1994.TB01160.X>
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(1), 679-700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>

- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(1), 307-335. <https://doi.org/10.1080/07351692209348990>
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. University College London.
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., ... Novella, L., & Ansoldi, M. (1998). Brief communication: Criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+(PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *Journal of Personality Disorders*, 12(1), 172-178. <https://doi.org/10.1521/PEDI.1998.12.2.172>
- Galinsky, E. (1981). *Between generations: The stages of parenthood*. Berkley Books.
- Garon-Bissonnette, J., Duguay, G., Lemieux, R., Dubois-Comtois, K., & Berthelot, N. (sous presse). Maternal childhood abuse and neglect predicts offspring development in early childhood: The roles of reflective functioning and child sex. *Child Abuse & Neglect*, Article 105030. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105030>
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(1), 1071-1083. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>
- George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 833-856). Guilford Press.
- Gillman, M. W., Rich-Edwards, J. W., Huh, S., Majzoub, J. A., Oken, E., Taveras, E. M., & Rifas-Shiman, S. L. (2006). Maternal corticotropin-releasing hormone levels during pregnancy and offspring adiposity. *Obesity*, 14(1), 1647-1653. <https://doi.org/10.1038/oby.2006.189>
- Glade, A. C., Bean, R. A., & Vira, R. (2005). A prime time for marital/relational intervention: A review of the transition to parenthood literature with treatment recommendations. *The American Journal of Family Therapy*, 33(1), 319-336. <https://doi.org/10.1080/01926180590962138>
- Glynn, L. M. (2010). Giving birth to a new brain: Hormone exposures of pregnancy influence human memory. *Psychoneuroendocrinology*, 35(1), 1148-1155. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.01.015>

- Godbout, N., Runtz, M., MacIntosh, H., & Briere, J. (2013). Childhood trauma and couple relationships. *Integrating Science & Practice*, 3(1), 14-17.
- Goodman, S. H., & Brand, S. R. (2009). Infants of depressed mothers. *Handbook of infant mental health* (4^e éd., Vol 2, pp.153-170). Guilford Press.
- Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical Psychology Review*, Article 101891. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101891>
- Grover, K. E., Carpenter, L. L., Price, L. H., Gagne, G. G., Mello, A. F., Mello, M. F., & Tyrka, A. R. (2007). The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 21(1), 442-447. <https://doi.org/10.1521/PEDI.2007.21.4.442>
- Hayden, M. C., Müllauer, P. K., Gaugeler, R., Senft, B., & Andreas, S. (2019). Mentalization as mediator between adult attachment and interpersonal distress. *Psychopathology*, 52(1), 10-17. <https://doi.org/10.1159/000496499>
- Henry, J. D., & Rendell, P. G. (2007). A review of the impact of pregnancy on memory function. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29(1), 793-803. <https://doi.org/10.1080/13803390701612209>
- Heyman, R. E., & Slep, A. M. S. (2002). Do child abuse and interparental violence lead to adulthood family violence?. *Journal of Marriage and Family*, 64(1), 864-870. <https://doi.org/10.1111/J.1741-3737.2002.00864.X>
- Higgins, G. O. (1994). *Resilient adults: Overcoming a cruel past*. Jossey-Bass.
- Hirschberger, G., Srivastava, S., Marsh, P., Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2009). Attachment, marital satisfaction, and divorce during the first fifteen years of parenthood. *Personal Relationships*, 16(1), 401-420. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2009.01230.x>
- Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., Soliva, J. C., Tobeña, A., Desco, M., Crone, E. A., Ballesteros, A., Carmona, S., & Villaroya, O. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*, 20(1), 287-296. <https://doi.org/10.1038/nn.4458>
- Houts, R. M., Barnett-walker, K. C., Paley, B., & Cox, M. J. (2008). Patterns of couple interaction during the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 15(1), 103-122. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00187.x>

- Huang, Y. L., Fonagy, P., Feigenbaum, J., Montague, P. R., Nolte, T., & Mood Disorder Research Consortium. (2020). Multidirectional pathways between attachment, mentalizing, and posttraumatic stress symptomatology in the context of childhood trauma. *Psychopathology*, 53(1), 48-58. <https://doi.org/10.1159/000506406>
- Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G. R., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome?. *Early Human Development*, 79(1), 81-91. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014>
- Huth-Bocks, A. C., Krause, K., Ahlfs-Dunn, S., Gallagher, E., & Scott, S. (2013). Relational trauma and posttraumatic stress symptoms among pregnant women. *Psychodynamic Psychiatry*, 41(1), 277-301. <https://doi.org/10.1521/pdps.2013.41.2.277>
- Hyler, S. E. (1994). *PDQ-4 and PDQ-4+: Instructions for use* [Manuscript inédit]. Columbia University.
- Hyler, S. E., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kellman, H. D., & Doidge, N. (1992). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: A replication in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry*, 33(1), 73-77. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(92\)90001-7](https://doi.org/10.1016/0010-440X(92)90001-7)
- Ilicali, E. T., & Fisek, G. O. (2004). Maternal representations during pregnancy and early motherhood. *Infant Mental Health Journal*, 25(1), 16-27. <https://doi.org/10.1002/imhj.10082>
- Jacovetti, C., & Regazzi, R. (2012). Adaptations métaboliques au cours de la grossesse. *Médecine des maladies métaboliques*, 6(1), 279-287. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(12\)70415-7](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(12)70415-7)
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63(1), 579-587. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.579>
- Kelly, K., Slade, A., & Grienemberger, J. F. (2005). Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7(1), 299-311. <https://doi.org/10.1080/14616730500245963>
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 953-959. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.953>

- Kitzinger, J. V. (1992). Counteracting, not reenacting, the violation of women's bodies: The challenge for perinatal caregivers. *Birth*, 19(1), 219-220. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1992.tb00406.x>
- Kluwer, E. S. (2010). From partnership to parenthood: A review of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Family Theory & Review*, 2(1), 105-125. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2010.00045.x>
- Knauth, D. G. (2000). Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing & Health*, 23(1), 496-509. 10.1002/1098-240X(200012)23:6<496::AID-NUR8>3.0.CO;2-1
- Lacharité, C., Deshaulniers, R., & St-Laurent, D. (2002). *Le questionnaire des traumatismes vécus en enfance* (traduction française du Childhood Trauma Questionnaire) [Manuscrit inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lang, A. J., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2006). Associations between maternal childhood maltreatment and psychopathology and aggression during pregnancy and postpartum. *Child Abuse & Neglect*, 30(1), 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.07.006>
- Laplante, D. P., Barr, R. G., Brunet, A., Du Fort, G. G., Meaney, M. L., Saucier, J. F., Xelazo, P. R., & King, S. (2004). Stress during pregnancy affects general intellectual and language functioning in human toddlers. *Pediatric Research*, 56(1), 400-410. <https://doi.org/10.1203/01.PDR.0000136281.34035.44>
- Laplante, D. P., Brunet, A., Schmitz, N., Ciampi, A., & King, S. (2008). Project Ice Storm: Prenatal maternal stress affects cognitive and linguistic functioning in 5½-year-old children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(1), 1063-1072. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31817eec80>
- Leach, L. S., Poyser, C., Cooklin, A. R., & Giallo, R. (2016). Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190(1), 675-686. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.063>
- Lee, A. M., Lam, S. K., Lau, S. M. S. M., Chong, C. S. Y., Chui, H. W., & Fong, D. Y. T. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110(1), 1102-1112. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70>
- Lee, R. E. (1995). Women look at their experience of pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 16(1), 192-205. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199523\)16:3<192::AID-IMHJ2280160305>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199523)16:3<192::AID-IMHJ2280160305>3.0.CO;2-D)

- Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B., & Rath, W. (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(1), 139-151. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.11.006>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(1), 74-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Le Nestour, A. (2004). Une intimité à créer. *La psychiatrie de l'enfant*, 47(1), 457-489. <https://doi.org/10.3917/psyse.472.0457>
- Levy-Shiff, R. (1994). Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, 30(4), 591-601. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.30.4.591>
- Lewis, A. J., Austin, E., & Galbally, M. (2016). Prenatal maternal mental health and fetal growth restriction: A systematic review. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 7(1), 416-428. <https://doi.org/10.1017/S2040174416000076>
- Lieberman, A. F., Ippen, C. G., & Van Horn, P. (2015). *"Don't hit my mommy!": A manual for child-parent psychotherapy with young children exposed to violence and other trauma*. Zero to Three.
- Llewellyn, A. M., Stowe, Z. N., & Nemeroff, C. B. (1997). Depression during pregnancy and the puerperium. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58(1), 26-32.
- Lobbestael, J., Arntz, A., & Bernstein, D. P. (2010). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24(1), 285-295. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.3.285>
- Lukasse, M., Schei, B., Vangen, S., & Øian, P. (2009). Childhood abuse and common complaints in pregnancy. *Birth*, 36(1), 190-199. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00323.x>
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16(1), 297-325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2019). Mentalizing and trauma. Dans A. Bateman & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 79-99). American Psychiatric Association.

- Luyten, P., Nijssens, L., Fonagy, P., & Mayes, L. C. (2017). Parental reflective functioning: Theory, research, and clinical applications. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 70(1), 174-199. <https://doi.org/10.1080/00797308.2016.1277901>
- MacIntosh, H. B., Godbout, N., & Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality: A review of the empirical literature. *Canadian Psychology*, 56(1), 227-241. <https://doi.org/10.1037/cap0000028>
- MacMillan, H. L. (2013). Protecting children from maltreatment: A Canadian call to action. *Paediatrics & Child Health*, 18(1), 409-410. <https://doi.org/10.1093/pch/18.8.409>
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., Duku, E. K., Walsh, C. A., Wong, M. Y., & Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 1878-1883. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1878>
- Madsen, S. A., Lind, D., & Munck, H. (2007). Men's abilities to reflect their infants' states of mind. *Nordic Psychology*, 59(1), 149-163. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.59.2.149>
- Maheux, J., Collin-Vézina, D., Macintosh, H., Berthelot, N., & Héту, S. (2016). Capacités de mentalisation spécifique au trauma auprès d'adultes ayant subi des agressions sexuelles durant l'enfance. *Revue québécoise de psychologie*, 37(1), 93-115. <https://doi.org/10.7202/1040162AR>
- Malone, J. C., Levendosky, A. A., Dayton, C. J., & Bogat, G. A. (2010). Understanding the "ghosts in the nursery" of pregnant women experiencing domestic violence: Prenatal maternal representations and histories of childhood maltreatment. *Infant Mental Health Journal*, 31(1), 432-454. <https://doi.org/10.1002/imhj.20264>
- Marcoux, A. A., Bernier, A., Séguin, J. R., Boike Armerding, J., & Lyons-Ruth, K. (2017). How do mothers with borderline personality disorder mentalize when interacting with their infants?. *Personality and Mental Health*, 11(1), 14-22. <https://doi.org/10.1002/pmh.1362>
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 12(1), 373-380. <https://doi.org/10.1089/154099903765448880>
- Markin, R. D. (2013). Mentalization-based psychotherapy interventions with mothers-to-be. *Psychotherapy*, 50(1), 360-365. <https://doi.org/10.1037/a0031993>

- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(1), 954-969. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.954>
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(5), 637-648. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00759>
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2003). Pathways to understanding mind: Construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, 74(1), 1194-1211. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00601>
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development*, 73(1), 1715-1726. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00501>
- Melender, H.-L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(1), 101-111. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2002.00170.x>
- Mezey, G., Bacchus, L., Bewley, S., & White, S. (2005). Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(1), 197-204. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00307.x>
- Moog, N. K., Buss, C., Entringer, S., Shahbaba, B., Gillen, D. L., Hobel, C. J., & Wadhwa, P. D. (2016). Maternal exposure to childhood trauma is associated during pregnancy with placental-fetal stress physiology. *Biological Psychiatry*, 79(1), 831-839. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.08.032>
- Morland, L., Goebert, D., Onoye, J., Frattarelli, L., Derauf, C., Herbst, M., Matsu, C., & Friedman, M. (2007). Posttraumatic stress disorder and pregnancy health: preliminary update and implications. *Psychosomatics*, 48(1), 304-308. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.4.304>
- Muller, M. E., & Mercer, R. T. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 15(1), 199-215. <https://doi.org/10.1177/019394599301500205>

- Muzik, M., Ads, M., Bonham, C., Rosenblum, K. L., Broderick, A., & Kirk, R. (2013). Perspectives on trauma-informed care from mothers with a history of childhood maltreatment: A qualitative study. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 1215-1224. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.014>
- Narayan, A. J., Bucio, G. O., Rivera, L. M., & Lieberman, A. F. (2016). Making sense of the past creates space for the baby: perinatal child-parent psychotherapy for pregnant women with childhood trauma. *Zero to Three*, 36(1), 22-28.
- Newman, L., & Stevenson, C. (2008). Issues in infant—parent psychotherapy for mothers with Borderline Personality Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4), 505-514. <https://doi.org/10.1177/1359104508096766>
- Newman-Morris, V., Simpson, K., Gray, K. M., Perry, N., Dunlop, A., & Newman, L. K. (2020). Evaluation of early relational disturbance in high-risk populations: Borderline personality disorder features, maternal mental state, and observed interaction. *Infant Mental Health Journal*, 41(1), 793-810. <https://doi.org/10.1002/imhj.21880>
- Niu, H., Liu, L., & Wang, M. (2018). Intergenerational transmission of harsh discipline: The moderating role of parenting stress and parent gender. *Child Abuse & Neglect*, 79(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.017>
- Obel, C., Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Secher, N. J., Olsen, J., & Levine, S. (2005). Stress and salivary cortisol during pregnancy. *Psychoneuroendocrinology*, 30(1), 647-656. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2004.11.006>
- Ogilvie, D. M., & Ashmore, R. D. (1991). Self-with-other representation as a unit of analysis in self-concept research. Dans R. C. Curtis (Éd.), *Relational self: Theoretical convergences in psychoanalysis and social psychology* (pp. 282-314). Guilford Press.
- O'Hara, M. W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43(1), 569-573. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800060063008>
- Pajulo, M., Suchman, N., Kalland, M., & Mayes, L. (2006). Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: Focus on maternal reflective functioning and mother-child relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 448-465. <https://doi.org/10.1002/IMHJ.20100>
- Pajulo, M., Tolvanen, M., Karlsson, L., Halme-Chowdhury, E., Öst, C., Luyten, P., Mayes, L., & Karlsson, H. (2015). The prenatal parental reflective functioning questionnaire: Exploring factor structure and construct validity of a new measure in the Finn Brain Birth Cohort pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 399-414. <https://doi.org/10.1002/imhj.21523>

- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *Jama*, 303(1), 1961-1969. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Petersen, R., Brakoulias, V., & Langdon, R. (2016). An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 64(1), 12-21. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.10.004>
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: Interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45(1), 333-343. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1972.tb02216.x>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6-20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(1), 879-891. <https://doi.org/10.3758/brm.40.3.879>
- Priel, B., & Besser, A. (2002). Perceptions of early relationships during the transition to motherhood: The mediating role of social support. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of the World Association for Infant Mental Health*, 23(1), 343-360. <https://doi.org/10.1002/imhj.10021>
- Quek, J., Newman, L. K., Bennett, C., Gordon, M. S., Saeedi, N., & Melvin, G. A. (2017). Reflective function mediates the relationship between emotional maltreatment and borderline pathology in adolescents: A preliminary investigation. *Child Abuse & Neglect*, 72(1), 215-226. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.008>
- Rainey, W. E., Rehman, K. S., & Carr, B. R. (2004). Fetal and maternal adrenals in human pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 31(1), 817-835. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2004.08.006>
- Raphael-Leff, J. (1990). Psychotherapy and pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8(1), 119-135. <https://doi.org/10.1080/02646839008403617>
- Rauch, S. L., Whalen, P. J., Shin, L. M., McInerney, S. C., Macklin, M. L., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2000). Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: A functional MRI study. *Biological Psychiatry*, 47(1), 769-776. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00828-3](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00828-3)

- Reviere, S. L., & Bakeman, R. (2001). The effects of early trauma on autobiographical memory and schematic self-representation. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition*, 15(1), 89-100. <https://doi.org/10.1002/acp.836>
- Rholes, W. S., Simpson, J. A., Campbell, L., & Grich, J. (2001). Adult attachment and the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(1), 421-435. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.3.421>
- Rich-Edwards, J. W., Mohllajee, A. P., Kleinman, K., Hacker, M. R., Majzoub, J., Wright, R. J., & Gillman, M. W. (2008). Elevated midpregnancy corticotropin-releasing hormone is associated with prenatal, but not postpartum, maternal depression. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(1), 1946-1951. <https://doi.org/10.1210/jc.2007-2535>
- Robert, E., David, H., Reeves, N., Goron, S., & Delfosse, S. (2008). Adaptation à la maternité : évolution discontinue de l'anxiété en pré- et en post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété. *Devenir*, 20(1), 151-171. <https://doi.org/10.3917/DEV.082.0151>
- Rogal, S. S., Poschman, K., Belanger, K., Howell, H. B., Smith, M. V., Medina, J., & Yonkers, K. A. (2007). Effects of posttraumatic stress disorder on pregnancy outcomes. *Journal of Affective Disorders*, 102(1), 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.003>
- Rosen, D., Seng, J. S., Tolman, R. M., & Mallinger, G. (2007). Intimate partner violence, depression, and posttraumatic stress disorder as additional predictors of low birth weight infants among low-income mothers. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(1), 1305-1314. <https://doi.org/10.1177/0886260507304551>
- Ross, L. E., McLean, L. M., & Psych, C. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *Depression*, 6(1), 1-14.
- Rostad, W. L., & Whitaker, D. J. (2016). The association between reflective functioning and parent-child relationship quality. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 2164-2177. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0388-7>
- Rutherford, H. J., Maupin, A. N., Landi, N., Potenza, M. N., & Mayes, L. C. (2017). Parental reflective functioning and the neural correlates of processing infant affective cues. *Social Neuroscience*, 12(1), 519-529. <https://doi.org/10.1080/17470919.2016.1193559>

- Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23(1), 223-233. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.588200>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Chronic pain syndromes and borderline personality. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(1), 10-14.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (1990). Social support: The search for theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(1), 133-147. <https://doi.org/10.1521/jscp.1990.9.1.133>
- Schechter, D. S., Coots, T., Zeanah, C. H., Davies, M., Coates, S. W., Trabka, K. A., ... Myers, M. M. (2005). Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: Violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. *Attachment & Human Development*, 7(1), 313-331. <https://doi.org/10.1080/14616730500246011>
- Seng, J. S., Low, L. M. K., Sperlich, M., Ronis, D. L., & Liberzon, I. (2009). Prevalence, trauma history, and risk for posttraumatic stress disorder among nulliparous women in maternity care. *Obstetrics and Gynecology*, 114(1), 839-847. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b8f8a2>
- Seng, J. S., Oakley, D. J., Sampsel, C. M., Killion, C., Graham-Bermann, S., & Liberzon, I. (2001). Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Obstetrics & Gynecology*, 97(1), 17-22. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(00\)01097-8](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(00)01097-8)
- Sjögren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18(1), 266-272. <https://doi.org/10.3109/01674829709080698>
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Morey, L. C., Sanislow, C. A., & Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 276-283. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.159.2.276>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(1), 269-281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Slade, A. (2007). *The pregnancy interview-revised*. City College of New York.
- Slade, A., Aber, J. L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan, M. (2004). *The parent development interview-revised* [Protocole non publié]. The city University of New York.

- Slade, A., Cohen, L. J., Sadler, L. S., & Miller, M. (2009). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. *Handbook of infant mental health* (4^e éd., Vol. 2, pp. 22-39). Guilford Press.
- Slade, A., Grienemberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(1), 283-298. <https://doi.org/10.1080/14616730500245880>
- Slade, A., Holland, M. L., Ordway, M. R., Carlson, E. A., Jeon, S., Close, N., Mayes, L. C., & Sadler, L. S. (2020). Minding the Baby®: Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. *Development and Psychopathology*, 32(1), 123-137. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001463>
- Slade, A., Patterson, M., & Miller, M. (2005). *Addendum to reflective functioning scoring manual for use with the pregnancy interview* [Manuscrit inédit]. The City College of New York.
- Slade, A., Patterson, M., & Miller, M. (2007). *Addendum to reflective functioning scoring manual for use with the pregnancy interview, Version 2.0*. The Psychological Center, The City College of New York.
- Solomon, J., & George, C. (2011). *Disorganized attachment and caregiving*. Guilford Press.
- Stacks, A. M., Muzik, M., Wong, K., Beeghly, M., Huth-Bocks, A., Irwin, J. L., & Rosenblum, K. L. (2014). Maternal reflective functioning among mothers with childhood maltreatment histories: Links to sensitive parenting and infant attachment security. *Attachment & Human Development*, 16(1), 515-533. <https://doi.org/10.1080/14616734.2014.935452>
- Standley, K., Soule, B., & Copans, S. A. (1979). Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 135(1), 22-26. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(79\)80011-3](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(79)80011-3)
- Stein, H. (2006). Does mentalizing promote resilience. Dans J. G. Allen & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalization-based treatments* (pp. 307-326). Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch16>
- Stein, H., Fonagy, P., Wheat, K., Kipp, M., & Gerber, A. J. (2004). Does mentalizing capacity mediate the relationship between developmental adversity and adult social functioning?. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52(1), 1217-1221.

- Stein, M. B., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, M. G., & McClarty, B. (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychological Medicine*, 27(1), 951-959. <https://doi.org/10.1017/S0033291797005242>
- Stepp, S. D., Lazarus, S. A., & Byrd, A. L. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(1), 316-323. <https://doi.org/10.1037/per0000186>
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13-29. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- Strang, V. R., & Sullivan, P. L. (1985). Body image attitudes during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 14(1), 332-337. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1985.tb02251.x>
- Sutter-Dallay, A. L., Giaconne-Marcésche, V., Glatigny-Dallay, E., & Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry*, 19(8), 459-463. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.09.025>
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(1), 33-44. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(03\)00007-1](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(03)00007-1)
- Theut, S. K., Pedersen, F. A., Zaslow, M. J., & Rabinovich, B. A. (1988). Pregnancy subsequent to perinatal loss: Parental anxiety and depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 289-292. <https://doi.org/10.1097/00004583-198805000-00004>
- Tourigny, M., Gagné, M. H., Joly, J., & Chartrand, M. È. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, 97(1), 109-113. <https://doi.org/10.1007/BF03405326>
- Tyrka, A. R., Wyche, M. C., Kelly, M. M., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. *Psychiatry Research*, 165(1), 281-287. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.10.017>

- Wadhwa, P. D. (2005). Psychoneuroendocrine processes in human pregnancy influence fetal development and health. *Psychoneuroendocrinology*, 30(1), 724-743. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.02.004>
- Wadhwa, P. D., Garite, T. J., Porto, M., Glynn, L., Chicz-DeMet, A., Dunkel-Schetter, C., & Sandman, C. A. (2004). Placental corticotropin-releasing hormone (CRH), spontaneous preterm birth, and fetal growth restriction: A prospective investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(1), 1063-1069. <https://doi.org/10.1016/J.AJOG.2004.06.070>
- Walker, E. A., Unutzer, J., Rutter, C., Gelfand, A., Saunders, K., VonKorff, M., Koss, M. P., & Katon, W. (1999). Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Archives of General Psychiatry*, 56(1), 609-613. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.609>
- Warren, W. B., Gurewitsch, E. D., & Goland, R. S. (1995). Corticotropin-releasing hormone and pituitary-adrenal hormones in pregnancies complicated by chronic hypertension. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 172(1), 661-666. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(95\)90589-8](https://doi.org/10.1016/0002-9378(95)90589-8)
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(1), 78-89. <https://doi.org/10.2307/2136504>
- Wilberg, T., Dammen, T., & Friis, S. (2000). Comparing personality diagnostic questionnaire-4 with longitudinal, expert, all data (LEAD) standard diagnoses in a sample with a high prevalence of Axis I and Axis II disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(1), 295-302. <https://doi.org/10.1053/COMP.2000.0410295>
- Wilkinson, R. B. (1995). Changes in psychological health and the marital relationship through childbearing: Transition or process as stressor?. *Australian Journal of Psychology*, 47(1), 86-92. <https://doi.org/10.1080/00049539508257505>
- Yang, J., McCrae, R. R., Costa, P. T., Yao, S., Dai, X., Cai, T., & Gao, B. (2000). The cross-cultural generalizability of Axis-II constructs: An evaluation of two personality disorder assessment instruments in the People's Republic of China. *Journal of Personality Disorders*, 14(1), 249-263. <https://doi.org/10.1521/PEDI.2000.14.3.249>
- Zerouali, A., Zaraa, I., Trojjet, S., El Euch, D., Azeiez, M. I., Mokni, M., Zouari, F., & Osman, A. B. (2011). Modifications physiologiques de la peau au cours de la grossesse. *La presse médicale*, 40(1), 17-21. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2010.04.024>

Zuckerman, B., Amaro, H., Bauchner, H., & Cabral, H. (1989). Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviors. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 160(1), 1107-1111. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(89\)90170-1](https://doi.org/10.1016/0002-9378(89)90170-1)

Appendice
Formulaire de consentement



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (Recrutement de participants)

Titre de l'étude : Projet STEP - Soutenir la transition et l'engagement dans la parentalité : L'influence des événements de vie difficiles sur la transition à la parentalité.

Chercheur responsable : Nicolas Berthelot, Ph. D., professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, (819) 376-5011 poste 3487

Co-chercheuse : Marie-Josée Martel, Ph. D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, (819) 376-5011 poste 3457

Co-chercheuse : Patricia Germain, Ph. D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, (819) 376-5011 poste 3476

Objectif de l'étude : Devenir parent est l'une des transitions les plus importantes que plusieurs personnes auront l'occasion de connaître au cours de leur vie. Le but de la présente étude est de mieux comprendre l'influence des événements de vie difficiles sur la transition à la parentalité.

Objectifs spécifiques : Votre participation à cette première étape de la recherche permettra de répondre à deux objectifs spécifiques : (1) déterminer la prévalence de d'adultes en attente d'un enfant parmi la clientèle du CSSSTR ayant vécu des événements de vie difficiles ou traumatiques au cours de leur enfance; et (2) favoriser le recrutement de participants pour une deuxième phase de l'étude visant à mieux comprendre l'influence des événements de vie difficiles sur la transition à la parentalité. Autant des adultes ayant vécu des événements de vie difficiles que des adultes n'ayant pas vécu de telles expériences seront invités à participer à cette seconde phase de l'étude.

Déroulement de l'étude : Vous trouverez avec le présent formulaire de consentement un bref questionnaire traitant de différentes expériences que vous auriez pu vivre au cours de votre enfance. Vous vous verrez également remettre un formulaire vous demandant si vous accepteriez ou non d'être recontacté dans le cadre d'une deuxième phase de l'étude, advenant que vous répondiez aux critères de sélection.

Inconvénients et risques : Cette étude comporte peu de risques ou d'inconvénients. Notons d'abord le temps de passation du questionnaire d'une durée d'environ 5 minutes. Aussi, parmi les inconvénients potentiels notons que le questionnaire concerne des aspects de l'histoire personnelle et que le fait d'y répondre pourrait susciter des questionnements ou des réactions émotionnelles. Si cela survenait, n'hésitez pas à en discuter avec votre intervenante ou à contacter l'équipe de recherche. Le CSSSTR s'engage également à offrir de rencontrer un professionnel advenant que votre participation à la recherche suscite de la détresse.

INITIALES DUPARTICIPANT : _____
Version datée du 15-04-2015

Avantages et bénéfices : Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette première phase de l'étude. Toutefois, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques en regard de la parentalité. Aussi, votre participation permettra à l'équipe de recherche et aux intervenants du CSSSTR d'identifier des interventions ou des mesures de soutien à offrir aux adultes en attente d'un enfant et ayant vécu des expériences difficiles au cours de leur enfance.

Confidentialité : Vos réponses aux questionnaires sont strictement confidentielles. Une fois les documents complétés, vous serez invité à les placer dans l'enveloppe et à cacheter cette dernière. Cette enveloppe cachetée sera placée dans les archives sécurisées du programme 0-5 ans et sera ensuite récupérée directement par le chercheur responsable de l'étude (Nicolas Berthelot) qui séparera le questionnaire de la feuille contenant les données personnelles et consignera ces deux documents dans des classeurs distincts sous clés. Afin de préserver votre anonymat et la confidentialité de ces renseignements, votre questionnaire sera identifié par un numéro de code. Les autres membres de l'équipe de recherche n'auront aucun moyen de vous identifier. Les données de l'étude seront conservées pendant 10 ans après la fin de la recherche par le chercheur et seront détruites par la suite. Les publications scientifiques ultérieures en rapport avec le projet de recherche rapporteront uniquement des résultats généraux ou de groupe de sorte que l'anonymat et la confidentialité des participants de l'étude seront préservés.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants du commanditaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Droits des participants : Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, ni en subir de préjudice. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite, ou sur vos relations avec les professionnels de la santé. Si le fait de répondre au questionnaire devenait trop difficile, vous pouvez en tout temps l'interrompre. En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Informations supplémentaires : Pour plus d'information sur cette recherche, vous pouvez contacter Nicolas Berthelot au (819) 376-5011, poste 3487.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CSSSTR au numéro suivant : 819-370-2200 poste 42210.

Le comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières et le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières ont approuvé ce projet de recherche. En plus d'en assurer le suivi, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CSSS de Trois-Rivières au 819-697-3333 poste 64399.

Consentement

La nature et le déroulement du projet de recherche m'ont été expliqués. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et un exemplaire m'a été remis J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. Après réflexion, j'accepte de participer à ce projet de recherche.

Nom de la participante
(Lettres moulées)

Signature

Date

Engagement de la personne qui a obtenu le consentement

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui a
obtenu le consentement
(Lettres moulées)

Signature

Date

Engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom du chercheur
(Lettres moulées)

Signature

Date

INITIALES DU PARTICIPANT : _____
Version datée du 15-04-2015

