

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>E</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
GENEVIÈVE MERCIER

RÔLE DU TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE COMPLEXE DANS LA  
TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE DE LA MALTRAITANCE ET  
DANS LA QUALITÉ DE LA RELATION MÈRE-ENFANT

JUIN 2012

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 EN PSYCHOLOGIE (D.PS.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

RÔLE DU TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE COMPLEXE DANS LA  
TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE DE LA MALTRAITANCE ET  
DANS LA QUALITÉ DE LA RELATION MÈRE-ENFANT

PAR  
GENEVIÈVE MERCIER

Diane St-Laurent, directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Julie Lefebvre, évaluatrice

Université du Québec à Trois-Rivières

Chantal Cyr, évaluatrice externe

Université du Québec à Montréal

## Sommaire

La maltraitance, considérée comme un traumatisme relationnel (Ford, 2005), engendre des conséquences négatives importantes sur les sphères développementales (affective, relationnelle, cognitive, comportementale, biologique) de la victime et sur son fonctionnement psychologique tout au long de sa vie (Cicchetti & Valentino, 2006). En 1992, Herman propose le diagnostic de l'état de stress post-traumatique complexe (aussi appelé traumatisme psychologique complexe) afin de mieux circonscrire l'ensemble des conséquences sévères potentiellement engendrées par la maltraitance. De nombreuses études ont montré que la maltraitance durant l'enfance augmente le risque de présenter des déficits au niveau des capacités parentales à l'âge adulte et de reproduire la maltraitance envers son enfant (Cort, Toth, Cerulli, & Rogosh, 2011; Kaufman & Zigler, 1987; Pears & Capaldi, 2001). Jusqu'à maintenant, aucune étude ne s'est intéressée au rôle du traumatisme psychologique complexe dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Dans une perspective exploratoire et par le biais de deux études de cas descriptives, cet essai vise à documenter le rôle du traumatisme psychologique complexe dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et dans la qualité de la relation mère-enfant. Nous nous attarderons également aux rôles de la violence conjugale et du réseau social de la mère dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et dans la qualité relationnelle mère-enfant. Pour ce faire, deux dyades mère-fille ont été sélectionnées parmi un échantillon plus large en fonction des critères suivants : des expériences maternelles similaires de maltraitance durant l'enfance; une des dyades est suivie par la Protection de la jeunesse, alors que l'autre ne l'est pas. Sur la

base des écrits théoriques et empiriques recensés nous posons les hypothèses suivantes. Premièrement, nous posons l'hypothèse que le traumatisme complexe sera associé à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et à une moins bonne qualité de la relation mère-enfant. Selon la deuxième hypothèse, la violence conjugale sera associée à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et à une moins bonne qualité de la relation mère-enfant. Finalement, nous émettons l'hypothèse que la présence d'un réseau de soutien social représentera un facteur de protection ayant la capacité d'atténuer et même de contrer la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et de contribuer à une meilleure qualité de la relation mère-enfant. L'évaluation des symptômes de traumatisme psychologique complexe des mères a été effectuée à l'aide de questionnaires auto-rapportés s'intéressant aux symptômes traumatiques, aux symptômes du trouble de la personnalité limite et aux symptômes dissociatifs. La qualité de la relation mère-enfant a été évaluée à partir d'une mesure observationnelle de la qualité de la communication socio-affective mère-enfant et d'un questionnaire auto-rapporté portant sur la perception maternelle de la qualité de la relation mère-enfant. Les résultats n'ont pas appuyé la première hypothèse à l'effet que le traumatisme psychologique complexe est associé à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. En effet, les deux mères présentent des symptômes de traumatisme psychologique complexe, alors qu'une seule d'entre elles a reproduit la maltraitance envers son enfant. Elles se distinguent toutefois sur les symptômes de dissociation, ce qui suggère, à l'instar d'autres études (Egeland & Susman-Stillman, 1996; Narang & Contreras, 2005), que la dissociation jouerait un rôle dans ce processus de transmission

intergénérationnelle. Nos résultats indiquent également la présence de difficultés relationnelles importantes chez les deux dyades mère-fille, ce qui suggère que la présence d'un traumatisme psychologique complexe chez le parent peut constituer un facteur qui accroît le risque de problèmes importants dans la relation parent-enfant. Les résultats n'appuient pas la deuxième hypothèse qui stipule que la violence conjugale serait reliée à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance, puisque les deux mères ont vécu de la violence conjugale alors que seulement une a reproduit la maltraitance. Cependant, on constate que chez les deux dyades, la violence conjugale est liée à une moins bonne qualité de la relation mère-enfant, puisque les deux mères manifestent des comportements insensibles envers leur fille et qu'on observe d'importantes perturbations relationnelles au sein de chacune des dyades mère-fille. L'hypothèse émise concernant le rôle protecteur du réseau social n'est pas appuyée, puisque les deux mères disposent d'un réseau social étendu (contacts avec famille, voisins, amis, professionnels) et que la présence de ce réseau social n'a pas empêché l'une des mères de reproduire la maltraitance avec son enfant et les deux mères d'entretenir des relations perturbées avec leur enfant. Finalement, malgré le fait que les résultats ne soient pas généralisables, ils nous permettent tout de même de proposer des pistes de recherches futures intéressantes sur le sujet. En regard des retombées cliniques, nous offrons des réflexions concernant d'une part, les démarches et les outils d'évaluation des symptômes de traumatisme psychologique complexe et, d'autre part, l'utilité des méthodes d'intervention individuelle et dyadique (parent-enfant) pour les personnes aux prises avec des symptômes de traumatisme psychologique complexe.

## Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux.....	x
Remerciements.....	xi
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	6
Maltraitance.....	7
Définition.....	7
Prévalence.....	9
Facteurs de risque associés à la maltraitance.....	10
Caractéristiques et conséquences des expériences de maltraitance.....	11
Traumatisme psychologique complexe.....	14
Modèle de Cook et ses collègues.....	16
Attachement.....	16
Biologie.....	17
Régulation affective.....	18
Dissociation.....	19
Régulation des comportements.....	19
Cognition.....	20
Concept de soi.....	21
Modèle de la traumatologie développementale de De Bellis.....	22

Maltraitance vécue durant l'enfance et traumatisme psychologique complexe à l'âge adulte.....	25
Maltraitance et état de stress post-traumatique.....	25
Maltraitance et trouble de la personnalité limite.....	28
Maltraitance et troubles dissociatifs.....	31
Traumatisme psychologique complexe et transmission intergénérationnelle de la maltraitance.....	34
Mécanismes de transmission de la maltraitance.....	37
Observation, imitation et conditionnement.....	38
Modèles internes opérants.....	38
Problèmes de santé mentale.....	40
Violence conjugale.....	43
Facteurs de protection permettant de briser le cycle de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance.....	44
Objectifs des études de cas.....	45
Méthode.....	49
Participants.....	50
Procédure.....	51
Instruments de mesure.....	51
Critères de sélection.....	51
Maltraitance vécue par la mère durant l'enfance.....	52
Maltraitance vécue par l'enfant.....	53
Données sociodémographiques.....	53
Symptômes de traumatisme complexe chez la mère.....	53



Symptômes traumatiques.....	54
Symptômes du trouble de la personnalité limite.....	57
Symptômes dissociatifs.....	58
Qualité de la relation mère-enfant.....	58
Qualité de la communication socio-affective mère-enfant.....	59
Perception maternelle de la qualité de la relation mère-enfant.....	60
Historique et qualité des relations de couple de la mère.....	61
Réseau social de la mère.....	61
Utilisation par la famille de services communautaires et professionnels.....	61
Résultats.....	63
Critères de sélection.....	64
Maltraitance vécue par la mère durant l'enfance.....	64
Maltraitance vécue par l'enfant.....	70
Description de la dyade A.....	70
Données sociodémographiques.....	71
Symptômes de traumatisme complexe de la mère.....	71
Symptômes traumatiques (TSI).....	71
Symptômes du trouble de la personnalité limite (IASC).....	73
Symptômes dissociatifs (DES).....	74
Qualité de la relation mère-enfant.....	75
Qualité de la communication socio-affective mère-enfant.....	75
Perception maternelle de la qualité de la relation mère-enfant.....	77

Historique et qualité des relations de couple de la mère.....	78
Réseau social de la mère.....	79
Utilisation par la famille de services communautaires et professionnels.....	79
Description de la dyade B.....	79
Données sociodémographiques.....	79
Symptômes de traumatisme complexe de la mère.....	80
Symptômes traumatiques (TSI).....	80
Symptômes du trouble de la personnalité limite (IASC).....	81
Symptômes dissociatifs (DES).....	82
Qualité de la relation mère-enfant.....	82
Qualité de la communication socio-affective mère-enfant.....	82
Perception maternelle de la qualité de la relation mère-enfant.....	84
Historique et qualité des relations de couple de la mère.....	85
Réseau social de la mère.....	86
Utilisation par la famille de services communautaires et professionnels.....	86
Discussion.....	87
Traumatisme psychologique complexe en lien avec la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et la relation mère-enfant.....	89
Violence conjugale en lien avec la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et la relation mère-enfant.....	94
Réseau social en lien avec la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et la relation mère-enfant.....	95
Forces et limites.....	97
Conclusion.....	100
Références.....	110

## Liste des tableaux

### Tableau

- 1 Exemples de questions provenant des questionnaires évaluant les symptômes de traumatisme complexe chez la mère ..... 55
- 2 Comparaison des différentes caractéristiques individuelles et familiales ..... 66

## **Remerciements**

C'est avec un immense plaisir et une belle fierté que j'atteins enfin le fils d'arrivée de mon long et beau parcours universitaire. Un cheminement parsemé de hauts et de bas qui m'ont permis de m'affranchir en tant que personne et de me frayer une place dans notre belle profession qu'est la psychologie. Cette belle expérience, remplie de rencontres significatives et de souvenirs marquants, est sans aucun doute la plus enrichissante et la plus captivante que j'aie pu vivre dans ma vie. Alors c'est avec beaucoup de respect et d'attachement que je tiens à remercier certaines personnes qui furent très significatives, pour différentes raisons, dans mon cheminement personnel et professionnel, mais aussi dans la rédaction laborieuse de mon essai doctoral.

Je tiens tout d'abord à remercier, avec toute ma gratitude et avec une profonde reconnaissance, ma directrice, madame Diane St-Laurent. Une directrice passionnée et rigoureuse qui a su me soutenir et me guider tout au long de ma rédaction, en plus de faire preuve d'une grande disponibilité et d'une compréhension sécurisante. Je la remercie également de m'avoir fait confiance et de m'avoir permis de réaliser de beaux défis professionnels et de belles expériences d'apprentissage qui ont décidément influencé mes intérêts professionnels : la théorie de l'attachement, quelle belle théorie! Merci infiniment Diane!

La rédaction de mon essai doctoral m'a exigé beaucoup de temps et de sacrifices, alors j'aimerais remercier mon amoureux, Michel, pour sa patience, ses encouragements,

sa compréhension, son soutien et son sens de l'humour si réconfortant. Merci d'avoir cru en moi et d'avoir toujours été présent et attentionné, même dans les moments plus ardues. Le soutien de ceux que l'on aime est une source incroyable de motivation, de volonté et de persévérance, alors avec tout mon amour, merci d'être là et de partager ma vie!

Évidemment, pour produire un essai doctoral il faut être déterminé et persévérant. Ces qualités je les dois à mes parents qui ont été pour moi des modèles de persévérance et de détermination. Je les remercie également d'avoir cru en moi et de m'avoir appris qu'avec des efforts on arrive à relever de beaux défis et à atteindre nos objectifs. Papa et Maman, merci beaucoup de m'avoir transmis le meilleur de vous.

Pour terminer, j'aimerais offrir une pensée toute particulière à ma filleule Casey qui occupe une place importante dans ma vie et qui fut au cœur de mes pensées tout au long de ce processus de rédaction. Elle a été une source importante de motivation et de détermination et je la remercie d'avoir été si patiente et compréhensive face à l'horaire chargé de sa marraine. Merci de tout cœur ma belle cocotte!

## **Introduction**

Selon la théorie de l'attachement, la qualité de la relation qui existe entre un enfant et son donneur de soins a des conséquences majeures sur les différentes sphères de son développement et, par conséquent, sur son fonctionnement psychologique à l'âge adulte (Bowlby, 1969, 1982, 1988). Cette relation privilégiée permet à l'enfant de se construire des modèles internes de lui-même, des autres et de lui en relation avec les autres qui influenceront le développement de sa personnalité et le mode relationnel qu'il adoptera avec les personnes de son entourage (Bowlby, 1980). Ainsi, lorsque la qualité relationnelle est perturbée par des comportements maltraitants de la part du donneur de soins, le fonctionnement psychologique, qui englobe les différentes sphères développementales (Cicchetti & Valentino, 2006; Courtois, 2004; Wekerle & Wolfe, 2003) et les modèles internes, est affecté (Cicchetti & Lynch, 1995; Putnam, 1989; Rogosh, Cicchetti, Shields, & Toth, 1995; Toth, Maughan, Manly, Spagnola, & Cicchetti, 2002). Le dysfonctionnement psychologique inclut des difficultés de régulation émotionnelle, des distorsions socio-cognitives et/ou des problèmes de santé mentale (ex : dépression, état de stress post-traumatique) (Cicchetti & Lynch, 1993; Cicchetti & Rogosch, 1996; Manly, Kim, Rogosch, & Cicchetti, 2001; Widom, 2000).

En regard du fait que la maltraitance est considérée comme un traumatisme relationnel (Ford, 2005), l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) a été identifié dans diverses études comme une conséquence de la maltraitance subie durant l'enfance

(Bremner, Southwick, Johnson, Yehuda, & Charney, 1993; Epstein, Saunders, & Kilpatrick, 1997; Widom, 1999). En 1992, Herman a amené l'idée que l'ÉSPT n'arrivait pas à lui seul à représenter l'ensemble des conséquences majeures engendrées par la maltraitance sur le fonctionnement de l'individu. Par conséquent, il a proposé d'ajouter le qualificatif « complexe » au diagnostic de l'ÉSPT et que le diagnostic englobe les sévères difficultés émotives, relationnelles, cognitives, somatiques et comportementales fréquemment rencontrées chez les victimes de mauvais traitements. Sa proposition a suscité l'intérêt des cliniciens et des chercheurs et, depuis 1992, le concept de traumatisme psychologique complexe a fait l'objet de nombreux écrits cliniques et scientifiques qui mettent de l'avant sa pertinence afin de comprendre les effets de la maltraitance (Browne & Winkelman, 2007; Cook et al., 2005; Courtois, 2004; Courtois & Ford, 2009).

Par ailleurs, des recherches ont démontré que la maltraitance subie durant l'enfance risque fortement à l'âge adulte de perturber les capacités parentales et d'être associée à l'adoption de conduites parentales négligentes et abusives (Banyard, Williams, & Siegel, 2003; Belsky, 1993; Dixon, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2005; Egeland, Bosquet, & Chung, 2002; Kötch, Muller, & Blakely, 1999; Pears & Capaldi, 2001). De plus, d'autres études ont montré que la présence de problèmes de santé mentale (ex : dépression, dissociation, ÉSPT), est un facteur de risque associé à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance (Banyard et al., 2003; Dixon et al., 2005; Egeland & Susman-Stillman, 1996; Narang & Contreras, 2005; Pears & Capaldi, 2001).



Toutefois, aucune étude ne s'est intéressée à examiner le rôle que peut jouer le traumatisme psychologique complexe dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance.

Dans une perspective exploratoire, cet essai doctoral vise à documenter, par le biais de deux études de cas descriptives, le rôle du traumatisme psychologique complexe dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et dans la qualité de la relation mère-enfant. Pour ce faire, deux dyades mère-fille ont été sélectionnées parmi un échantillon plus large en fonction des critères suivants : des expériences maternelles similaires de maltraitance durant l'enfance; une des dyades est suivie par la Protection de la jeunesse, alors que l'autre ne l'est pas. Les variables principales considérées dans ces études de cas sont la maltraitance subie par la mère durant l'enfance, la maltraitance subie par l'enfant, la présence de symptômes de traumatisme psychologique complexe chez les mères et la qualité de la relation mère-enfant. Nous nous attarderons également aux rôles de la violence conjugale et du réseau social de la mère dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et dans la qualité relationnelle entre la mère et son enfant. Suite à l'analyse de l'ensemble des données recueillies, il nous sera possible de proposer des pistes de recherches futures sur la base des résultats obtenus en considérant les forces et les limites de cette étude de cas.

Cet essai doctoral est composé de quatre sections principales. La première section présente l'état des connaissances actuelles concernant la maltraitance (définition,

prévalence, facteurs de risque, caractéristiques et conséquences), le traumatisme psychologique complexe (modèle de Cook et ses collègues, modèle de la traumatologie développementale de De Bellis, ÉSPT, trouble de la personnalité limite, troubles dissociatifs) et la transmission intergénérationnelle de la maltraitance (mécanismes de transmission, facteurs de protection). La seconde section présente la méthode adoptée pour cette étude de cas, c'est-à-dire une description détaillée des participantes de l'étude et des mesures d'évaluation utilisées. La troisième section est consacrée à la présentation des résultats obtenus pour chacune des deux dyades sur les différentes mesures utilisées. Finalement, la section « Discussion » permettra d'expliquer et d'interpréter les résultats, de proposer des pistes de recherche et d'identifier les forces et limites de cet essai doctoral.

## **Contexte théorique**

## **Maltraitance**

### **Définition**

En 2010, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la maltraitance envers les enfants comme étant la manifestation de différentes formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs envers les jeunes âgés de moins de 18 ans, de sévices sexuels, de négligence, d'exploitation commerciale ou autre, et d'exposition à la violence conjugale, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.

Cette définition de la maltraitance englobe les différents types de maltraitance généralement identifiés dans les écrits scientifiques, soit la négligence, l'abus physique, l'abus sexuel et la maltraitance émotionnelle. De plus, la maltraitance inclut à la fois des actes de commission (ex : frapper l'enfant) et des actes d'omission (ex : ne poser aucun geste pour protéger l'enfant) (Wekerle & Wolfe, 2003).

La négligence se définit comme étant l'incapacité du donneur de soins à répondre aux besoins de base (physiques, affectifs, cognitifs et éducatifs) de l'enfant et à le surveiller et le protéger des dangers (Cicchetti & Valentino, 2006; Organisation mondiale de la Santé, 1999; Child Welfare Information Gateway, 2011). La négligence

représente davantage l'omission de comportements parentaux nécessaires au développement physique, socio-affectif et cognitif de l'enfant qui risque d'affecter sa santé et son développement.

L'abus physique se définit comme étant un acte commis par le parent ou le donneur de soins, ayant le potentiel de causer des blessures physiques à l'enfant (Cicchetti & Valentino, 2006; Organisation mondiale de la Santé, 1999). L'abus physique représente donc la commission de sévices corporels (ex : coups de poings/pieds, brûlures, étranglement, etc.) à l'endroit de l'enfant.

En ce qui a trait à l'abus sexuel, celui-ci réfère à tous les actes impliquant l'enfant dans des activités à caractère sexuel, qu'ils soient de nature directe (ex : attouchement, relation sexuelle) ou indirecte (ex : visionnement de film pornographique) (Cicchetti & Valentino, 2006; Organisation mondiale de la Santé, 1999). L'abuseur peut être toute personne adulte ou un autre enfant ou adolescent plus âgé qui a une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir avec la victime.

La maltraitance émotionnelle ou psychologique se définit par la présence de comportements insensibles (ex : dénigrement, rejet, hostilité, intrusion, etc.) envers l'enfant (Cicchetti & Valentino, 2006; Organisation mondiale de la Santé, 1999; Wekerle & Wolfe, 2003). L'exposition à la violence conjugale est aussi considérée par plusieurs comme une forme de maltraitance psychologique (Cicchetti & Valentino,

2006; Trocmé & Wolfe, 2001). Ce type de maltraitance peut être difficile à déceler puisque les conséquences engendrées ne sont pas toujours visibles.

### **Prévalence**

La maltraitance envers les enfants est une problématique mondiale particulièrement préoccupante. Les statistiques démontrent la gravité de cette triste réalité. En 2002, l'OMS a évalué à environ 40 millions le nombre d'enfants de moins de 15 ans victimes de maltraitance chaque année dans le monde. Aux États-Unis, en 2009, 3,6 millions d'enfants victimes de maltraitance ont reçu des services du Centre de protection à l'enfance (Child Welfare Information Gateway, 2011). En 2008, Trocmé et ses collègues ont effectué une étude sur l'incidence des signalements en cas de violence et de négligence envers les enfants dans toutes les provinces du Canada, à l'exception du Québec. Ils ont relevé que 235 842 enquêtes ont été effectuées afin de déterminer ou non la présence de maltraitance et que, parmi celles-ci, 85 440 ont confirmé la présence de maltraitance, alors que 17 918 sont restées hypothétiques. Au Québec, en 2009-2010, la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) a traité 70 673 signalements dont 30 585 ont été retenus pour des motifs liés à la maltraitance (Association des centres jeunesse du Québec, 2011). Ces chiffres donnent une estimation de l'étendue de la problématique de la maltraitance partout dans le monde, mais il est évident qu'ils ne rendent pas compte de l'état réel du phénomène puisque beaucoup de situations de maltraitance ne sont pas dévoilées (ex : agressions sexuelles, maltraitance émotionnelle).

### **Facteurs de risque associés à la maltraitance**

La maltraitance se produit généralement dans des milieux familiaux où certaines caractéristiques ou facteurs de risque, reliés à l'enfant, aux parents (ou donneurs de soins), à l'environnement familial et à l'environnement socio-économique, sont présents (Cicchetti & Valentino, 2006). Les caractéristiques de l'enfant qui peuvent représenter des facteurs de risque dans le développement des comportements maltraitants du ou des donneur(s) de soins sont, entre autres, lorsque l'enfant est non désiré, prématuré, qu'il a un faible poids, qu'il est atteint d'un déficit physique ou psychologique et/ou qu'il a un tempérament difficile (Brown & Schormans, 2003; Cicchetti & Valentino, 2006; National Research Council, 1993; Wolfe, 1999). Il est à noter que les caractéristiques de l'enfant peuvent avoir un effet sur l'augmentation des risques de subir de la maltraitance seulement dans les cas où d'autres facteurs de risque sont présents, comme ceux reliés aux parents, à l'environnement familial et à l'environnement socio-économique (Wekerle & Wolfe, 2003).

En ce qui concerne les caractéristiques des donneurs de soins qui ont été répertoriées dans les études, en voici quelques-unes : avoir vécu de la maltraitance durant l'enfance (Buchanan, 1996; Cicchetti & Toth, 1995; Coohy & Braun, 1997; Egeland et al., 2002; Egeland, Jacobvitz, & Papatola, 1987; Kaufman & Zigler, 1989; Widom, 1989); avoir des problèmes de santé mentale (Burke, 2003) et/ou de toxicomanie (Ondersma, 2002; Windham et al., 2004; Wolfner & Gelles, 1993); être âgé de 21 ans et moins lors de la naissance de l'enfant (Brown, Cohen, Johnson, &

Salzinger, 1998; Cicchetti & Valentino, 2006; Wekerle & Wolfe, 2003); avoir un faible niveau d'éducation (Cicchetti & Valentino, 2006; Sidebotham & Heron, 2006; Trocmé & Wolfe, 2001).

L'environnement familial joue un rôle important dans la problématique de la maltraitance (Sidebotham & Heron, 2006). Les familles où se produit la maltraitance sont caractérisées, entre autres, par des relations perturbées et conflictuelles (Perry, Hodges, & Egan, 2001; Trickett & Susman, 1988; Windham et al., 2004). La violence conjugale est également un facteur de risque important, car elle accroît le stress chez les conjoints et amplifie les risques de poser des actes violents envers le ou les enfant(s) (Jaffe, Wolfe, & Wilson, 1990; Perry et al., 2001; Windham et al., 2004).

Finalement, l'environnement socio-économique observé chez les familles maltraitantes est caractérisé par la pauvreté (Ards, Chung, & Meyers, 1998; Berger, 2004; Brown et al., 1998; Waldfogel, 1998) et un réseau social limité et/ou inadéquat (Crouch, Milner, & Thomsen, 2001; Egeland et al., 2002; Runtz & Schallow, 1997). Ces facteurs sont associés à un nombre plus élevé d'événements de vie négatifs et stressants vécus par la famille (Huston, 1991; McLoyd & Wilson, 1991; Waldfogel, 2000).

### **Caractéristiques et conséquences des expériences de maltraitance**

Il est à noter que diverses caractéristiques des expériences de maltraitance peuvent avoir un impact sur le niveau de gravité des conséquences chez la victime. Tout d'abord,



on retrouve l'âge auquel la maltraitance a débuté : plus l'enfant est jeune au moment des événements, plus les conséquences risquent d'être accablantes (Kaplow & Widom, 2007; Stevens, Ruggiero, Kilpatrick, Resnick, & Saunders, 2005; Stewart, Livingston, & Dennison, 2008). L'identité de l'abuseur (donneur de soins versus étranger) peut également jouer un rôle dans la façon dont la maltraitance sera vécue et sur ses conséquences (ex : un abus sexuel infligé par un donneur de soins pourra entraîner un sentiment plus grand de trahison et de confusion chez l'enfant que si un même geste est posé par un étranger) (Hanson et al., 2006; Lorentzen, Nilsen, & Traeen, 2008; MacMillan, MacMillan, Offord, Griffith, & MacMillan, 1994). Le ou les type(s) de maltraitance subie (ex : négligence versus abus sexuel versus témoin de violence conjugale) peuvent aussi avoir une influence sur l'étendue et la gravité des conséquences (Cook et al., 2005; Courtois, 2004; Courtois & Ford, 2009). Il est important de souligner que plusieurs victimes de mauvais traitements ont subi plus d'un type de maltraitance durant l'enfance (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007; Larrivée, Lavergne, Dufour, & Trocmé, 2009), ce qui peut augmenter le nombre et complexifier la nature des conséquences qui en découlent (Briere, Kaltman, & Green, 2008; Follette, Polusny, Bechtle, & Naugle, 1996). Par ailleurs, les rôles de la victime et du donneur de soins à l'intérieur des épisodes de maltraitance sont aussi d'autres éléments qui peuvent atténuer ou amplifier les conséquences de la maltraitance (ex : lors d'une agression sexuelle, la victime peut avoir un rôle passif, mais elle peut avoir aussi un rôle actif; de même, le donneur de soins peut jouer un rôle actif en commettant les gestes abusifs ou un rôle passif en ne protégeant pas l'enfant d'agressions commises par une autre personne)

(Cook et al., 2005; Courtois, 2004; Courtois & Ford, 2009). Certaines études indiquent que, plus les comportements maltraitants sont fréquents et de longue durée, plus les impacts seront affligeants pour la victime de mauvais traitements (English et al., 2005; Éthier, Lemelin, & Lacharité, 2004; Éthier & Milot, 2009; Stevens et al., 2005). Finalement, le soutien reçu suite à la maltraitance ou lors du dévoilement est un élément déterminant pour la victime en regard de la valeur et de la crédibilité qu'on lui accorde (Cook et al., 2005; Courtois, 2004; Courtois & Ford, 2009).

Quant aux conséquences de la maltraitance vécue durant l'enfance, elles affectent les sphères affective, relationnelle et cognitive de l'individu maltraité et ont le potentiel de perdurer tout au long de la vie (Cicchetti, Toth, & Maughan, 2000). Par exemple, les enfants et adolescents victimes de maltraitance risquent d'être aux prises d'affects dépressifs (comportements internalisés) et/ou de manifester des crises de colère explosives (comportements externalisés) (Cicchetti & Rogosch, 2001; Thornberry, Ireland, & Smith, 2001; Wekerle & Wolfe, 2003), d'avoir une faible estime de soi (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Wekerle & Wolfe, 2003), d'avoir des difficultés dans leurs interactions avec autrui (McCloskey & Stuewig, 2001; Shields & Cicchetti, 2001), d'adopter des comportements délinquants/antisociaux (Herrenkohl, Egolf, & Herrenkohl, 1997; Widom, 1989), d'avoir des problèmes de dissociation (Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001; Putnam, 1993; Trickett, Noll, Reiffman, & Putnam, 2001) et d'avoir également une faible compréhension de leurs états internes et de ceux des autres (Beeghly & Cicchetti, 1994).

Ainsi, plusieurs recherches ont démontré que la maltraitance vécue durant l'enfance perturbe profondément le développement et l'adaptation psychologique de la victime tout au long de sa vie (Cicchetti & Lynch, 1993; Cicchetti & Rogosch, 1996; Manly et al., 2001; Widom, 2000). La dynamique complexe de cette problématique a amené l'appellation « traumatisme psychologique complexe » pour mieux circonscrire l'ensemble des facteurs impliqués et des conséquences engendrées (Herman, 1992). Afin de bien comprendre ce qu'est le « traumatisme psychologique complexe », la prochaine section définira ce type de traumatisme et expliquera, selon le point de vue de divers auteurs, les différents processus sous-jacents impliqués.

### **Traumatisme psychologique complexe**

Le traumatisme psychologique complexe résulte d'une exposition à des situations anxiogènes sévères se produisant à plusieurs reprises ou de façon chronique (ex : maltraitance, violence conjugale), généralement sur une période de temps donnée, au sein de relations et contextes spécifiques, soit la relation d'attachement avec le ou les donneur(s) de soins, et dont les multiples impacts développementaux sont cumulatifs (Browne & Winkelman, 2007; Cook et al., 2005; Courtois, 2004; Courtois & Ford, 2009). En 1992, Herman propose le diagnostic « état de stress post-traumatique complexe » puisqu'en regard des recherches effectuées à ce jour le diagnostic de l'ÉSPT ne considère pas l'ensemble des symptômes manifestés par les victimes de traumatismes survenus de façon répétée durant l'enfance et l'adolescence au sein de relations significatives (Courtois, 2004; Courtois & Ford, 2009; Herman, 1992). Ainsi l'ÉSPT

réfère principalement, selon le DSM-IV-TR aux symptômes de reviviscence (la personne a des pensées incessantes ou des cauchemars ayant comme effet de faire revivre l'évènement traumatique), d'évitement (la personne fait des efforts afin de ne pas être en contact avec les pensées, émotions ou tout autre stimulus qui lui rappellent l'évènement traumatique) et d'hypervigilance (la personne est en état d'alerte constante, peut avoir des sursauts exagérés et n'arrive plus à discerner les indices de danger) (American Psychiatric Association, 2000). Alors que, chez les victimes de maltraitance, il est possible de relever, en plus des symptômes de l'ÉSPT, la présence d'une mauvaise régulation affective, d'une perturbation de l'identité, de réactions somatiques et d'une altération des processus attentionnels (Courtois, 2004; Courtois & Ford, 2009; Herman, 1992). Le diagnostic de l'état de stress post-traumatique complexe, proposé par Herman (1992), fait référence aux déficits développementaux engendrés par les événements traumatiques, aux atteintes du développement de la personnalité et aux perturbations dans la relation de confiance avec le donneur de soins, ce qui n'est pas considéré dans le diagnostic de l'ÉSPT (Courtois & Ford, 2009). Ainsi, la maltraitance (négligence et abus physique, psychologique et sexuel) et la violence conjugale sont des circonstances familiales fortement susceptibles de provoquer un traumatisme psychologique complexe chez l'enfant (Bailey, Moran, & Pederson, 2007; Cook et al., 2005; Courtois, 2004). Récemment deux modèles théoriques ont été mis de l'avant pour décrire et expliquer la nature traumatique complexe des expériences de maltraitance à l'enfance : le modèle de Cook et ses collaborateurs (Cook et al., 2005) et celui de De Bellis (2001, 2005). Ces deux modèles sont présentés dans les prochaines pages.

### **Modèle de Cook et ses collègues**

Sur la base des connaissances scientifiques actuelles qui montrent que la maltraitance et la violence conjugale surviennent habituellement de façon chronique et engendrent une accumulation d'impacts négatifs sur les différents processus de développement de l'enfant (Cicchetti & Valentino, 2006; Courtois, 2004; Wekerle & Wolfe, 2003), Cook et ses collègues (2005) ont proposé un modèle afin de décrire le traumatisme psychologique complexe et d'en énumérer les multiples conséquences. Ils ont identifié sept sphères potentiellement déficitaires chez les enfants victimes de maltraitance et à risque de présenter un traumatisme psychologique complexe, soit : l'attachement, la biologie, la régulation affective, la dissociation, la régulation comportementale, la cognition et le concept de soi. La façon dont chacune de ces sphères est atteinte, selon le modèle de Cook et ses collaborateurs, est détaillée ci-après.

**Attachement.** L'attachement est défini comme étant le lien particulier qui unit l'enfant à son donneur de soins et par la suite aux autres personnes significatives de son entourage (Bowlby, 1982). Sur la base de la relation d'attachement avec son donneur de soins, l'enfant va développer ses modèles internes de soi, des autres et de lui en relation avec les autres (Bowlby, 1982). Lorsque le système d'attachement est perturbé par un ou des traumatismes psychologiques complexes (ex : maltraitance, violence conjugale) commis par le ou les donneur(s) de soins, les modèles internes de l'enfant sont perturbés par la peur et l'anxiété, l'amenant à développer un attachement insécure, dans la plupart des cas de type désorganisé (Cook et al., 2005; Main & Hesse, 1990; van IJzendoorn,

Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). L'attachement inséure-désorganisé entraîne chez l'enfant une vulnérabilité importante face à la détresse, une difficulté à collaborer avec les individus de l'entourage et des incohérences dans la façon de se comporter avec les figures d'attachement (Courtois, 2004; Terr, 1991). De plus, ce type d'attachement affecterait le développement neuronal de certaines régions du cerveau, occasionnant ainsi des déficits au niveau des compétences biopsychosociales, c'est-à-dire la régulation affective, la gestion du stress, l'empathie et la communication (Cook et al., 2005).

**Biologie.** Les écrits scientifiques indiquent que le traumatisme psychologique complexe chez les enfants a des effets néfastes sur le développement cérébral particulièrement en lien avec des dysfonctionnements cognitifs et des capacités déficitaires d'auto-régulation émotionnelle et comportementale (Cook et al., 2005; Courtois, 2004). Il est démontré que plus les traumatismes se produisent tôt dans la vie de l'enfant, plus il peut y avoir des conséquences fâcheuses au niveau cérébral (ex : désorganisation cognitive, émotionnelle et comportementale) (Briere & Spinazzola, 2005; Cook et al., 2005; Courtois, 2004). Par ailleurs, la répétition des événements traumatiques entrave le mécanisme de liaison entre l'hémisphère cérébral gauche (lieu du langage et des fonctions exécutives) et l'hémisphère cérébral droit (lieu des émotions et des sensations) (De Bellis, Keshavan, & Shifflett, 2002; Kagan, 2003). Cette mauvaise communication provoque, chez l'enfant, un déficit des capacités à contrôler ses comportements qui se démontre par des sentiments et comportements d'impuissance

ou de colère intense, dans des situations stressantes. Donc, l'aspect biologique influence particulièrement les sphères de la régulation émotionnelle et comportementale ainsi que la cognition.

De plus, les enfants ayant vécu des événements traumatiques démontrent des défaillances au niveau de la gestion du stress. Des études ont démontré que, face à une situation stressante, les enfants traumatisés ont une production de cortisol (hormone du stress) plus élevée comparativement à ceux qui n'ont pas vécu de traumatisme (Bugental, Martorell, & Barraza, 2003; Cicchetti & Rogosch, 2001). Ces recherches ont également démontré que le haut niveau de cortisol est associé à l'adoption de comportements internalisés et externalisés (Cook et al., 2005; Crittenden, 1998; Kagan, 2003; Teicher, Andersen, & Polcari, 2002).

**Régulation affective.** La régulation des affects permet d'identifier, de gérer et d'exprimer les expériences émotionnelles internes que l'on vit. Chez les enfants ayant vécu des traumatismes psychologiques complexes, tels que la maltraitance, la régulation des affects est généralement défaillante en regard de l'incapacité des parents à réguler adéquatement leurs propres comportements et à offrir du réconfort à leurs enfants (Cook et al., 2005). Quand les enfants sont témoins ou victimes de réactions ou réponses parentales incohérentes avec leurs émotions, leurs comportements ou leurs demandes, ils n'ont alors pas accès à des expériences favorisant l'apprentissage de la régulation affective et comportementale. Au contraire, ils sont plutôt confrontés à des émotions

confuses ou négatives (ex : peur, colère), au sentiment d'impuissance et à des situations où leurs besoins ou demandes ne sont pas comblés et régulés (Bailey et al., 2007; Browne & Winkelman, 2007). De cette façon, le développement des capacités d'auto-régulation et d'auto-réconfort des enfants risque fortement d'être affecté négativement.

**Dissociation.** La dissociation se définit comme un échec de l'intégration ou de la capacité à faire des liens entre la réalité des faits et la réalité affective et découle d'un déficit majeur dans la régulation des émotions (Cook et al., 2005; Putnam, 1997). La dissociation peut prendre la forme d'une automatisation des comportements, c'est-à-dire que la personne a des déficits au niveau de ses capacités de jugement, de planification, d'organisation et de contrôle de ses comportements. Par conséquent, ce mécanisme d'adaptation engendre une coupure entre les émotions et la conscience, une désintégration du concept de soi, des sensations somatiques qui ne sont pas conscientes, des comportements répétitifs inconscients et des altérations biologiques du fonctionnement du cerveau (Bernstein & Putnam, 1986; Chu, 1991; Cook et al., 2005).

**Régulation des comportements.** Les enfants souffrant de traumatisme psychologique complexe développent aussi une défaillance dans la régulation des comportements. Ce déficit peut se traduire par une obéissance compulsive aux demandes parentales, une résistance aux changements dans la routine, un contrôle excessif concernant la consommation de nourriture, une rigidité excessive dans les rituels associés aux soins corporels et à l'apprentissage de la propreté et des comportements



agressifs (Courtois, 2004; Crittenden & DiLalla, 1988). Selon ces auteurs, l'adoption de ces comportements inadaptés par l'enfant serait un mécanisme qui lui permet de contrer le sentiment d'impuissance et le manque de pouvoir qu'il ressent. À cet égard, beaucoup d'enfants souffrant de traumatisme développent des troubles de comportement (Ford et al., 2000).

De plus, il est fréquent de voir les jeunes reproduire de façon indirecte des expériences traumatiques en étant agressifs, en ayant des comportements auto-destructeurs, des comportements sexuels inadéquats et des comportements de contrôle dans les relations interpersonnelles (Cook et al., 2005; Courtois, 2004). Ces mécanismes d'adaptation seraient en fait une façon pour eux de répondre à des situations anxiogènes et d'éviter de ressentir l'émotion. Selon Cook et ses collègues (2005), cette reproduction de comportements inadéquats révélerait la réactivation des stimuli de l'évènement traumatique et représenterait une tentative par l'enfant d'obtenir le contrôle, le pouvoir sur la situation. Ainsi ces comportements éviteraient chez l'enfant l'émergence d'émotions trop fortes (ex : colère, tristesse, peur, etc.), mais seraient malheureusement des stratégies de protection inadaptées.

**Cognition.** Une autre sphère est affectée par le traumatisme psychologique complexe, soit les fonctions cognitives. L'altération de ces fonctions peut se révéler par un retard de développement du langage expressif et réceptif, un retard dans la majorité des sphères englobant le fonctionnement intellectuel, une atteinte des capacités de

flexibilité et de créativité dans la résolution de problème et des déficits de l'attention, du raisonnement abstrait et des fonctions exécutives (Cook et al., 2005). D'ailleurs, l'étude de Shonk et Cicchetti (2001) montre que les enfants ayant une histoire de maltraitance ou de traumatismes de l'attachement ont des difficultés académiques importantes, des situations de redoublement scolaire et un haut niveau de décrochage scolaire comparativement à leurs pairs du même milieu socio-économique.

**Concept de soi.** Le concept de soi fait référence à la façon dont un individu se perçoit en regard d'un ensemble de caractéristiques, de traits personnels, de rôles et de valeurs (L'Écuyer, 1994). Suite à un traumatisme psychologique complexe, comme la maltraitance, les enfants vivent beaucoup d'impuissance face à différents aspects de leur vie, particulièrement au niveau relationnel, occasionnant alors un impact majeur sur leur développement du concept de soi (Cook et al., 2005). De plus, ces enfants se sentent généralement indignes d'être aimés et incompetents, ils anticipent le rejet et le mépris des autres, ils se sentent responsables des expériences négatives qui leur arrivent ce qui entraîne l'émergence de distorsions cognitives concernant les relations interpersonnelles (ex : sentiment de méfiance lorsqu'une personne leur vient en aide) (Cook et al., 2005). De ce fait, ils développent un concept de soi déficitaire qui est souvent lié à l'utilisation du phénomène de dissociation, car celui-ci crée des ruptures dans le processus de construction de l'identité (Cook et al., 2005; Putnam, 1993).

### **Modèle de la traumatologie développementale de De Bellis**

La traumatologie développementale est l'étude des interactions complexes de différents facteurs relevant de la constitution génétique, de l'environnement psychosocial et des périodes critiques de développement chez les individus ayant subi de la maltraitance durant l'enfance (De Bellis, 2001, 2005; De Bellis & Putnam, 1994). L'objectif principal de ce modèle est d'identifier les conséquences d'un traumatisme sur le développement neurobiologique et, plus spécifiquement, de déterminer comment ces facteurs influencent les changements dans le système biologique relié au stress et altèrent le développement du cerveau.

En 2001, De Bellis a circonscrit ce modèle à l'intérieur de quelques postulats permettant de dresser un portrait des connaissances établies jusqu'à maintenant et ainsi guider les recherches en cours et à venir. Tout d'abord, l'auteur base son modèle sur le fait que les capacités du cerveau et du système biologique du stress à répondre à des facteurs anxigènes accablants sont limitées. Ces limites résultent des caractéristiques individuelles (ex : génétique), des composantes du stress (ex : sévérité, fréquence) et de la capacité du système biologique du stress à maintenir l'homéostasie en regard du contexte anxigène (ex : stress sévère, stress chronique). D'autre part, la traumatologie développementale considère que la maltraitance subie durant l'enfance est beaucoup plus néfaste qu'un traumatisme survenu à l'âge adulte puisque l'enfant est en période de développement et que la maltraitance est un mode relationnel dysfonctionnel et potentiellement traumatisant. Puis, lorsque des changements surviennent dans le système

biologique du stress, il n'est pas anormal de voir des symptômes cliniques se manifester, particulièrement ceux de l'ÉSPT (reviviscence, évitement, hypervigilance). La présence chronique de ces symptômes chez les victimes, durant l'enfance et l'adolescence, serait associée à des risques accrus de présenter des déficits cognitifs et psychosociaux et des problèmes de santé mentale à l'âge adulte. Par conséquent, la présence de symptômes chroniques de l'ÉSPT durant le développement d'un individu risque fortement d'avoir un impact à long terme et d'affecter la qualité de la relation qu'il aura avec son enfant lorsqu'il deviendra parent à son tour. Les troubles psychologiques ainsi que les distorsions cognitives et affectives de cet individu devenu parent altèrent ses capacités cérébrales et ses capacités parentales lui permettant d'établir une relation adéquate avec son enfant.

Tel que mentionné par Wekerle et Wolfe en 2003, la maltraitance est considérée comme un stress aigu et chronique qui entraîne des changements dans les systèmes neurobiologiques de l'enfant. Selon la traumatologie développementale, ces changements seraient à la base du développement de la psychopathologie chez les enfants victimes de maltraitance (De Bellis, 2001). De ce fait, les conséquences neurobiologiques négatives des mauvais traitements génèreraient un trouble développemental complexe induit par l'environnement. D'ailleurs, Bremner et Vermetten (2001) ont démontré que les premières expériences avec l'environnement ont des effets durables sur le développement du cerveau et le fonctionnement biopsychosocial d'un individu.

Plusieurs études ont montré que le stress chronique extrême généré par la maltraitance provoque un dérèglement du niveau de cortisol, hormone du stress ayant le potentiel de causer des changements dans le développement et les structures du cerveau (Sapolsky, 2000; Simantov et al., 1996; Smythies, 1997), qui entraîne un fonctionnement déficitaire des systèmes biologiques de réaction au stress (Chrousos & Gold, 1992; De Bellis, 2001; De Bellis & Putnam, 1994). Par conséquent, ces changements neurobiologiques pourraient expliquer l'apparition des différents symptômes de l'ÉSPT tels que la reviviscence, l'évitement et l'hypervigilance (Wekerle & Wolfe, 2003). D'ailleurs, en 2000, Heim et ses collègues rapportent que les enfants victimes de maltraitance manifestant des symptômes de reviviscence subissent une augmentation démesurée du niveau de cortisol plusieurs heures et même plusieurs jours suite à l'évènement stressant, alors que les enfants présentant des symptômes d'évitement (ex : insensibilité émotionnelle) montrent plutôt un faible niveau de cortisol.

Les enfants victimes de maltraitance seraient donc vulnérables à l'émergence de l'ÉSPT puisque les mauvais traitements et la négligence ont le potentiel d'altérer les systèmes neurobiologiques en regard du haut niveau de stress éprouvé (Wekerle & Wolfe, 2003). Le modèle de la traumatologie développementale considère l'ÉSPT comme étant le facteur médiateur reliant la maltraitance subie durant l'enfance et les troubles psychologiques subséquents (De Bellis, 2001). Les différents symptômes de l'ÉSPT seraient associés à une accumulation de déficits affectifs et comportementaux pouvant se produire à des moments critiques du développement et s'inscrire à l'intérieur

d'autres troubles tels que le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble des conduites, la dépression et l'abus de substance (De Bellis, 2001).

### **Maltraitance vécue durant l'enfance et traumatisme psychologique complexe à l'âge adulte**

Dans cette section, nous nous intéressons à documenter les liens empiriques entre la maltraitance vécue durant l'enfance et le traumatisme psychologique complexe à l'âge adulte. Comme le traumatisme complexe n'est pas encore officiellement reconnu comme une entité diagnostique dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) et qu'il n'y a pas à ce jour de mesure validée permettant d'évaluer la présence d'un traumatisme complexe chez un individu, nous recensons ici les études qui ont examiné l'ÉSPT, le trouble de la personnalité limite (TPL) et la dissociation en lien avec la maltraitance, car les différents symptômes auxquels ces troubles réfèrent sont très apparentés au phénomène de traumatisme complexe tel qu'élaboré par les auteurs du domaine (Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2009; Herman, 1992).

### **Maltraitance et état de stress post-traumatique**

L'ÉSPT est défini comme étant un trouble psychologique caractérisé par la présence d'un ensemble de symptômes cliniques, soit la reviviscence, l'évitement et l'hypervigilance, survenant à la suite d'un événement traumatique (ex : guerre, désastre naturel, viol, maltraitance, etc.) ou ultérieurement, soit après plusieurs semaines ou même plusieurs mois (American Psychiatric Association, 1980). Le stress vécu lors du

traumatisme découle des sentiments de peur intense, d'impuissance ou d'horreur vécus par les victimes lorsqu'elles ont perçu que leur intégrité, physique ou psychologique, ou celle de personnes significatives, a été menacée (American Psychiatric Association, 2000).

Les recherches démontrent que ce ne sont pas toutes les personnes victimes de traumatisme qui vont développer l'ÉSPT (Herman, 1992; Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk, & Mandel, 1997; van der Kolk et al., 1996), certaines vont plutôt manifester des troubles de la dépression majeure, de l'anxiété, de l'abus de substance ou autres (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Kessler, Sonnega, Bromet, & Nelson, 1995). Les études indiquent que l'ÉSPT est plus à risque de se développer lorsque la victime du traumatisme a certaines prédispositions ou vulnérabilités biopsychosociales en lien avec ce trouble, ou que le traumatisme survient durant l'enfance et qu'il est de nature interpersonnelle (causé par une personne). De ce fait, des recherches ont relevé des facteurs de risque de l'ÉSPT, entre autres : la victimisation vécue durant l'enfance ou l'adolescence (Widom, 1999) et le dysfonctionnement familial (Briere, 1988; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1993); le milieu socio-économique (ex : faible niveau d'éducation, faible revenu, milieu défavorisé ou criminalisé, etc.) (Breslau et al., 1998); la présence de troubles de comportement ou de troubles de la conduite (Helzer, Robins, & McEvoy, 1987); et le tempérament de la victime (Herman, 1992; van der Kolk, 1996). Plus il y a de facteurs de risque présents chez la victime, plus elle est à risque de développer un ÉSPT lorsque survient un événement traumatique.

L'ÉSPT présent à l'âge adulte est l'une des conséquences possibles de la maltraitance subie durant l'enfance (Epstein et al., 1997; Widom, 1999). D'ailleurs, une étude prospective longitudinale effectuée auprès d'enfants maltraités montre que le tiers d'entre eux répondent aux principaux critères diagnostiques de l'ÉSPT à l'âge adulte, c'est-à-dire qu'ils présentent des symptômes de reviviscence, d'évitement et d'hypervigilance (Widom, 1999). Toutefois, il est difficile de préciser si l'ÉSPT, présent chez le tiers des enfants maltraités de l'étude de Widom, découle directement de la maltraitance subie durant l'enfance ou s'il a été engendré par d'autres événements traumatiques survenus ultérieurement et/ou hors du contexte familial de maltraitance (ex : agression physique subie à l'adolescence par des pairs) (Breslau et al., 1991; Widom, 1999). L'étude de Widom suggère que la maltraitance à elle seule ne serait peut-être pas toujours suffisante pour expliquer la présence de l'ÉSPT à l'âge adulte, puisque d'autres facteurs, de nature individuelle, familiale et environnementale, ont des impacts considérables dans le développement de l'ÉSPT.

Le modèle de Cook et ses collègues (2005) et le modèle de la traumatologie développementale de De Bellis (2001) explicitent bien les conséquences que peuvent avoir la maltraitance (mode relationnel dysfonctionnel et potentiellement traumatisant), sur le développement des enfants, dont, entre autres, la vulnérabilité face à la détresse, les déficits au niveau de la régulation affective et comportementale, la dissociation et les troubles de comportement. Ces conséquences augmentent fortement les probabilités que l'enfant soit plus tard exposé à des événements traumatiques, autres que la maltraitance



qu'il a subie, puisqu'il est vulnérable à l'adoption de comportements à risque (ex : comportements violents ou antisociaux, abus de substance, incapacité à percevoir le danger, etc.) (Kolko, Moser, & Weldy, 1990; Putnam, 1985; Widom, 1999). De plus, l'émergence des déficits et des vulnérabilités engendrés par la maltraitance affectent les capacités ou aptitudes nécessaires pour surmonter les enjeux psychiques découlant de l'évènement traumatique, augmentant, par conséquent, les risques de développer un ÉSPT (De Bellis, 2001; Wekerle & Wolfe, 2003).

### **Maltraitance et trouble de la personnalité limite**

Le TPL est un trouble psychologique complexe qui affecte les sphères émotionnelle, cognitive, comportementale et relationnelle du fonctionnement de l'individu (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Selon le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), pour poser un diagnostic de TPL, la personne doit présenter au moins cinq des critères diagnostiques suivants :

efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés; modes de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisés par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation; perturbation de l'identité (instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi); impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (ex : dépenses excessives, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie ou d'anorexie); répétitions de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations; instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (ex : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours); sentiments chroniques de vide; colères intenses (rages) et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (ex : fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées, colère subite et exagérée); et survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs sévères. (p. 290-291)

Ces différents symptômes révèlent des stratégies dysfonctionnelles, et parfois même destructrices, que l'individu a développées pour gérer ses émotions et interagir avec son environnement.

Les recherches démontrent que l'étiologie du TPL est complexe, puisqu'elle comprend plusieurs facteurs d'ordre biologique, psychologique et social, qui interagissent de façon dynamique les uns avec les autres dès la naissance (Allen et al., 2008; Dell'Osso, Berlin, Serati, & Altamura, 2010; Wagner, Baskaya, Lieb, Dahmen, & Tadic, 2009). Les études concernant les prédispositions constitutionnelles chez les individus ayant un TPL ont relevé la présence de certaines vulnérabilités du tempérament (instabilité affective, impulsivité, instabilité relationnelle) (Siever, Torgersen, Gunderson, Livesley, & Kendler, 2002; Skodol et al., 2002) et certaines vulnérabilités biologiques, soit un dysfonctionnement du système sérotoninergique (responsable de la régulation affective et du contrôle de l'impulsivité) (Berlin, Rolls, & Iversen, 2005; De Bellis, 2001; Paris et al., 2004).

Quant aux facteurs environnementaux, il est relevé que la survenue d'un traumatisme psychologique durant l'enfance, par l'expérience d'un environnement familial dysfonctionnel, de maltraitance ou d'une séparation (perte) avec une personne significative, représentent des facteurs étiologiques importants du TPL (Herman, Perry, & van der Kolk, 1989; Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz, & Frankenburg, 1989). Des recherches rapportent que les personnes ayant un diagnostic de TPL ont, pour la

majorité d'entre elles, vécu une histoire de maltraitance durant l'enfance (Herman et al., 1989; Johnson, Smailes, Cohen, Brown, & Bernstein, 2000; Linehan, 1993; Soloff, Lynch, & Kelly, 2002; Zanarini et al., 1989; Zanarini et al., 1997).

De plus, avec l'ensemble des perturbations manifestées par la personne ayant un diagnostic de TPL, il est fréquent de retrouver d'autres troubles diagnostiqués en comorbidité, soit les troubles de l'humeur (Bunce & Coccaro, 1999; Zanarini et al., 1998), les troubles anxieux (McGlashan et al., 2000; Zanarini et al., 1998), les troubles alimentaires (Wonderlich, Swift, Slomik, & Goodman, 1990), et les troubles associés aux abus de substance (Bornovalova, Lejuez, Daughters, Rosenthal, & Lynch, 2005; Grant et al., 2008; Skodol et al., 2005; Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr, 2000).

Le diagnostic du TPL présente des similarités importantes avec le concept de traumatisme psychologique complexe (Carr & Francis, 2009; Courtois, 2004; Herman et al., 1989; Zanarini et al., 1997) par la présence dans les deux cas de : labilité émotionnelle (changements rapides et importants de l'humeur qui peuvent être suscités rapidement et disparaître rapidement); instabilité relationnelle (alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation); impulsivité (difficulté ou incapacité à contrôler ses émotions, pensées ou comportements); dissociation (échec de l'intégration ou de la capacité à faire des liens entre la réalité des faits et la réalité affective); et identité diffuse (instabilité marquée et persistante de l'image ou de la

notion de soi). Selon plusieurs auteurs, le TPL serait une adaptation post-traumatique au traumatisme relationnel (maltraitance) subi durant l'enfance (Briere, 1984; Briere & Scott, 2006; Fonagy & Target, 1997; Herman, 1992; van der Kolk, Perry, & Herman, 1991; Zanarini, 1997). En somme, certains auteurs proposent que les symptômes du traumatisme psychologique complexe entraîneraient des déficits dans les différentes sphères développementales qui auraient le potentiel de se cristalliser en un TPL à l'âge adulte (Courtois, 2004).

### **Maltraitance et troubles dissociatifs**

Putnam (1997) décrit la dissociation comme un mécanisme de défense intrapsychique, se manifestant par des comportements automatisés, la fragmentation des émotions, des sensations et/ou des expériences, et/ou l'altération de l'identité (dépersonnalisation), survenant lorsque la réalité devient insoutenable (ex : épisodes de maltraitance, autres traumatismes) (Dutra, Bianchi, Siegel, & Lyons-Ruth, 2009). Ainsi, la dissociation est un échec de l'intégration ou de la capacité à faire des liens entre la réalité des faits et la réalité affective, et elle découle d'un déficit majeur dans la régulation des émotions (Cook et al., 2005; Putnam, 1997). Cette stratégie d'adaptation inadéquate aurait pour effet de perturber l'intégration des expériences en entravant les processus mnésiques, le traitement de l'information et, par conséquent, le processus identitaire (Burgess & Hartman, 1993; Putnam, 1993).

En 2003, l'American Psychiatric Association (APA) définit les troubles dissociatifs comme une perturbation des fonctions psychiques dans les quatre sphères suivantes : l'état de conscience, la mémoire, l'identité et la perception de l'environnement. Les principaux symptômes des troubles dissociatifs identifiés par l'APA sont l'amnésie dissociative (oubli d'informations autobiographiques), la perte d'identité (altération de la perception de soi et du monde extérieur) et la confusion mentale (sentiment d'étrangeté ou d'irréalité par rapport à soi-même ou au monde extérieur).

Des études indiquent que la dissociation serait associée à des expériences traumatiques vécues durant l'enfance (Dalenberg & Palesh, 2004; Hornstein & Putnam, 1992; Kihlstrom, 2005; Merckelbach & Giesbrecht, 2006; Putnam, 1997), telles que la maltraitance (Briere & Runtz, 1988; Liotti, 1999; Putnam, 1993; Terr, 1991; van IJzendoorn & Schuengel, 1996). Les recherches ont également relevé la présence de certains facteurs, reliés à l'environnement familial, qui pourraient jouer un rôle dans le développement de la dissociation, soit l'incohérence parentale (Kluft, 1984; Mann & Saunders, 1994; Modestin, Lotscher, & Thomas, 2002), l'insensibilité parentale (Bowlby, 1973; Main & Hesse, 1990; Mann & Saunders, 1994; Modestin et al., 2002), un attachement insécuré de type désorganisé durant l'enfance (Carlson, 1998; Liotti, 1992) et une relation chaotique entre les parents (Maaranen et al., 2004). Dutra et ses collègues (2009) ont proposé que la dissociation puisse être la conséquence de déficits dans le processus de communication entre un parent et son enfant, c'est-à-dire que l'incapacité ou les difficultés du donneur de soins à être disponible et réconfortant à la

détresse de l'enfant entraverait le processus d'intégration mentale des émotions et des expériences de celui-ci et l'amènerait à développer des mécanismes de dissociation. Les victimes de maltraitance peuvent être amenées à adopter la dissociation comme moyen psychologique de se protéger des abus récurrents, souvent imprévisibles, ou des comportements parentaux qui engendrent du stress, de l'anxiété et de la peur (Terr, 1991). Ainsi, les mères maltraitées auraient parfois des difficultés à se rappeler de certains événements traumatiques et/ou raconteraient ces traumatismes de façon incohérente et sans être capables de donner des détails (Egeland & Susman-Stillman, 1996; Main & Goldwyn, 1984). Toutefois, elles reproduiraient les comportements observés et/ou subis durant leur enfance et les représentations qu'elles se font d'elles-mêmes guideraient les comportements qu'elles manifestent. Sur cet aspect, Freud avait amené l'idée que la répétition des comportements traumatiques avait un but précis, soit de se réapproprier le pouvoir sur la situation qu'elles n'avaient pu manifester lors du traumatisme (Bowlby, 1984).

Selon la théorie de l'attachement, la dissociation serait un processus déficitaire des modèles internes opérants (Bowlby, 1980; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). Cette fragmentation de l'expérience, des pensées et des émotions a le potentiel de perturber les capacités d'empathie et de sensibilité face à la douleur de la victime (Egeland & Susman-Stillman, 1996). Sans oublier que la dissociation est reliée à l'âge adulte à des difficultés d'adaptation, à l'augmentation de la victimisation et à un nombre plus important d'événements de vie stressants (Becker-Lausen & Rickel, 1995), qui sont

également des facteurs de risque de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance.

La dissociation est un symptôme que l'on peut trouver dans les critères diagnostiques d'autres troubles psychologiques, comme par exemple l'ÉSPT (Hodgins, Creamer, & Bell, 2001) et le TPL (Conklin & Westen, 2005; Dell, 1998; Ellason, Ross, & Fuchs, 1996; Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2006). De plus, les troubles dissociatifs sont fréquemment en comorbidité avec d'autres troubles psychologiques tels que l'abus de substance (Dunn, Paolo, Ryan, & Van Fleet, 1993; Karadag et al., 2005; Ross et al., 1992), les troubles alimentaires (Johnson et al., 2006) et les comportements autodestructeurs (ex : automutilation, suicide) (Foote, Smolin, Neft, & Lipschitz, 2008; Putnam, Guroff, Silberman, Barban, & Post, 1986).

### **Traumatisme psychologique complexe et transmission intergénérationnelle de la maltraitance**

La transmission intergénérationnelle de la maltraitance survient lorsqu'un enfant maltraité reproduit à son tour, en tant que parent, les comportements maltraitants envers son enfant (Heyman & Slep, 2002; Kaufman & Zigler, 1987; Leifer, Kilbane, Jacobsen, & Grossman, 2004; Pears & Capaldi, 2001; Zuravin, McMillen, DePanfilis, & Risley-Curtiss, 1996). Les expériences relationnelles traumatiques vécues durant l'enfance (ex : maltraitance) et/ou à l'âge adulte (ex : violence conjugale) entraînent chez les individus qui deviennent parents un risque élevé de perturber leurs capacités parentales (Banyard et al., 2003; Cohen, Hien, & Batchelder, 2008) et d'adopter des comportements

maltraitants envers leur enfant (Belsky, 1993; Coohy & Braun, 1997; Dixon, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2009; Egeland, 1988; Egeland et al., 1987; Egeland et al., 2002;; Kaufman & Zigler, 1987, 1989, 1993; Pears & Capaldi, 2001). Des études montrent qu'environ un quart à la moitié des enfants maltraités vont répéter à l'âge adulte le cycle de la maltraitance (Cort et al., 2011; Kaufman & Zigler, 1987; Widom, 1989), et que la majorité des parents impliqués dans la maltraitance envers les enfants ont vécu de la maltraitance durant leur enfance (Cort et al., 2011; Egeland et al., 1987; Kaufman & Zigler, 1987; Pears & Capaldi, 2001).

De plus, des recherches indiquent que les traumatismes relationnels entraînent des conséquences négatives sur le rôle parental (Banyard, 1997), entre autres, une faible satisfaction parentale (Banyard et al., 2003) et des difficultés parentales (ex : perceptions négatives de leurs attitudes parentales, adoption de méthodes éducatives abusives ou incohérentes, difficultés à décoder les besoins de leur enfant, etc.) (Cohen et al., 2008; Dixon et al., 2005), et qu'ils seraient un prédicteur significatif du potentiel d'adoption de comportements maltraitants (Ammerman, 1990; Becker-Lausen & Mallon-Kraft, 1997; Browne, 1988). La souffrance émotionnelle des parents traumatisés entrave leurs capacités à être en interaction positive avec leur enfant, à identifier ses besoins et à y répondre adéquatement (Schuder & Lyons-Ruth, 2004), ce qui risque d'engendrer le même genre de souffrance chez leur progéniture (Vondra & Toth, 1989). Il est également relevé que les parents traumatisés peuvent avoir un fonctionnement cognitif déficitaire et/ou distordu (ex : perceptions constantes de menaces, problèmes de



mentalisation) qui affecte leurs pensées, leurs émotions et leurs comportements lorsqu'ils sont en relation avec autrui, particulièrement avec leur enfant (Ehlers & Clark, 2000; Slade, 2005), ce qui a le potentiel d'entraver leurs capacités à considérer la perspective et le point de vue de ce dernier (Kosslyn, 2006). Ainsi, les enfants exposés à la maltraitance sont fortement à risque de développer des problèmes de régulation émotionnelle (Cicchetti & Lynch, 1993; Cicchetti & Toth, 1998; Fonagy, Gergely, & Target, 2007; Schore, 2001), des distorsions socio-cognitives (Coates, Schechter, & First, 2003; Joshi & O'Donnell, 2003; Stuber et al., 2002) et des déficits relationnels majeurs (ex : manque d'empathie, habiletés de communication déficitaires) puisque le contexte social et émotionnel d'intersubjectivité et d'apprentissage dans lequel ils grandissent est chaotique, peu cohérent et manque de prévisibilité (Fonagy et al., 2007; Trevarthen & Aitken, 2001). De ce fait, les enfants maltraités sont plus à risque de développer des personnalités émotionnellement instables, ce qui augmente les risques à l'âge adulte d'avoir des relations conjugales conflictuelles et un style parental colérique, imprévisible et non-ajusté aux besoins et signaux de l'enfant, et de reproduire la maltraitance (Caspi & Elder, 1988; Chassin, Presson, Todd, Rose, & Sherman, 1998).

Toutefois, cette transmission de comportements maltraitants serait associée à des mécanismes de transmission résultant d'un processus dynamique très complexe comportant 1) un ensemble de facteurs de risque qui accroît la probabilité de reproduire les conduites maltraitantes et également 2) des facteurs de protection qui peuvent amoindrir ou même contrer l'influence des facteurs de risque présents (Dixon et al.,

2009; Egeland, 1988). À cet égard, le modèle écologique transactionnel de la maltraitance proposé par Cicchetti et Lynch (1993) suggère que des situations de maltraitance peuvent survenir quand les facteurs de risque sont plus nombreux ou plus importants que les facteurs de protection (Cicchetti & Valentino, 2006). Il est à noter que des combinaisons multiples et variées de facteurs de risque et de facteurs de protection peuvent être impliquées dans la transmission intergénérationnelle, ou non, de la maltraitance (Cohen et al., 2008). La perspective écologique amène l'idée qu'un modèle complet permettant d'expliquer le phénomène de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance devrait inclure les facteurs de risque et de protection de chacun des niveaux de l'écologie du sujet, soit l'enfant (ou l'individu concerné), la famille, la communauté et la société (Cicchetti & Lynch, 1993; Cicchetti & Valentino, 2006; Dixon et al., 2005).

### **Mécanismes de transmission de la maltraitance**

Plusieurs facteurs sont présents dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance (Kaufman & Zigler, 1989; Simons, Whitbeck, Conger, & Wu, 1991; van IJzendoorn, 1992). S'inscrivant dans des modèles théoriques divers, comme la théorie de l'apprentissage social, la théorie de l'attachement ou le modèle écologique transactionnel de la maltraitance, les recherches ont identifié certains mécanismes clés pouvant jouer un rôle dans la reproduction, d'une génération à l'autre, des comportements parentaux maltraitants.

**Observation, imitation et conditionnement.** Découlant de la théorie de l'apprentissage social, la théorie sur le cycle de la violence propose que les comportements agressifs et antisociaux appris durant l'enfance, par observation, renforcement ou autres formes de conditionnement, ont le potentiel de se manifester à l'âge adulte et, par conséquent, dans la relation parent-enfant (Ammerman, 1990; Bandura, 1977; Kashani, Daniel, Dandoy, & Holcomb, 1992; Muller, Hunter, & Stollak, 1995; O'Keefe, 1994). Selon Kim (2009), les parents maltraitants auraient tendance à reproduire les mêmes comportements inadéquats que leurs propres parents ont commis à leur endroit. D'autres études suggèrent que lors des expériences de maltraitance, les victimes apprendraient et intérioriseraient les schèmes sociaux de l'hostilité et de l'agressivité comme des stratégies moralement acceptables et efficaces pour résoudre des conflits ou problèmes sociaux (Dodge, Bates, Pettit, & Valente, 1995; Gibb, Schofield, & Coles, 2009; Pollak & Tolley-Schell, 2003). Bien que ce modèle théorique élabore une conception intéressante de la reproduction des conduites parentales maltraitantes, elle n'aborde pas les représentations de soi et des autres que l'enfant développe suite à la maltraitance et qui peuvent influencer sa personnalité et ses capacités parentales futures.

**Modèles internes opérants.** Les modèles internes opérants sont les représentations mentales de soi, des autres et de soi en relation avec les autres que l'enfant développe à partir de sa propre expérience relationnelle avec ses figures d'attachement significatives, soit le(s) donneur(s) de soins durant l'enfance (Bowlby, 1980). Selon la théorie de

l'attachement, ce concept joue un rôle majeur dans le développement de la personnalité et l'adaptation sociale ultérieure et, également, dans la transmission intergénérationnelle des patrons relationnels parent-enfant (Bretherton & Munholland, 2008; George, 1996; George & Solomon, 1999). Plus précisément, les modèles internes opérants de l'enfant sont des schèmes cognitifs qui se construisent en lien avec la qualité des réponses données par le(s) donneur(s) de soins et qui sont utilisés par l'enfant comme filtres qui orientent ses attentes face à son environnement et guident ses comportements lors d'interactions sociales (George, 1996; George & Solomon, 1999). L'intériorisation de ces schèmes expérientiels relationnels servira de modèles de référence à l'individu dans la gestion et l'expression de ses émotions, pensées et comportements et dans l'anticipation et l'interprétation des émotions, pensées et comportements d'autrui. Chez les enfants victimes de maltraitance, les études montrent que les modèles internes opérants sont perturbés (Cicchetti & Lynch, 1995; Putnam, 1989; Rogosh et al., 1995; Toth, Cicchetti, Macfie, Maughan, & VanMeenen, 2000; Toth et al., 2002), c'est-à-dire qu'ils seraient caractérisés par des représentations négatives de soi, des autres et de soi en relation avec les autres et qu'ils dénoteraient des difficultés de régulation affective et comportementale (Briere & Runtz, 1987, 1993; Browne & Finkelhor, 1986; Cicchetti & Toth, 2010; Toth et al., 2000; Toth, Cicchetti, Macfie, & Emde, 1997). Ainsi, dans cette perspective, la transmission intergénérationnelle de la maltraitance ne serait pas tant une reproduction de la violence subie, mais plutôt une reproduction de modèles relationnels, lesquels sont intériorisés sous la forme de modèles internes opérants (Buchanan, 1996).

Les mères ayant été maltraitées durant leur enfance auraient intégré, suite à ces expériences relationnelles difficiles, des représentations mentales d'insécurité, d'impuissance et/ou d'hostilité qui orientent leurs comportements, leurs pensées et leurs émotions lorsqu'elles sont en relation avec autrui (Bailey et al., 2007; Cort et al., 2011; Lyons-Ruth, Bronfman, & Atwood, 1999; Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, & Atwood, 2003; Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, & Atwood, 2005). De ce fait, elles sont plus à risque de se retrouver dans des relations dysfonctionnelles et d'être maltraitées à nouveau (ex : violence conjugale) (Erickson, Sroufe, & Egeland, 1985; Main & Weston, 1981; Morton & Browne, 1998). La revictimisation de la mère à l'âge adulte a le potentiel d'entraver le soutien et la protection qu'elle devrait offrir à son enfant, puisque les traumatismes vécus peuvent perturber à nouveau ses émotions, ses pensées et ses comportements, et ainsi réduire de façon importante sa disponibilité émotionnelle à l'égard de son enfant (Berlin, Appleyard, & Dodge, 2011).

**Problèmes de santé mentale.** Un autre facteur impliqué dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance est la santé mentale du parent (ex : présence de symptômes de dépression, d'ÉSPT ou de dissociation). Banyard et ses collègues (2003) ont examiné le rôle de la dépression dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance auprès d'un échantillon de mères ayant été victimes d'agression(s) sexuelle(s), d'abus physique(s) et/ou témoins de violence familiale durant leur enfance et/ou à l'âge adulte. Les résultats ont démontré que des niveaux élevés, chez les mères, d'exposition à des traumatismes (victime ou témoin d'abus) sont associés à la

négligence de leur enfant, à l'utilisation de punitions corporelles et à des signalements répétés aux services de Protection de la jeunesse. Ces relations étaient médiatisées par la dépression maternelle.

Une autre étude s'est intéressée aux facteurs de risque impliqués dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance chez des parents ayant subi de la maltraitance durant leur enfance (Dixon et al., 2005). Les analyses ont montré que le fait d'avoir des problèmes de santé mentale (ÉSPT, dépression) est un facteur médiateur dans l'association entre l'histoire de maltraitance du parent et la reproduction des comportements maltraitants (négligence ou abus) envers son enfant.

Pour leur part, Pears et Capaldi (2001) ont examiné les rôles de la dépression et de l'ÉSPT dans la transmission intergénérationnelle de l'abus physique auprès de parents de garçons. Les résultats ne vont pas dans le même sens que ceux de Dixon et ses collègues (2005). Leurs résultats ont en effet révélé que, dans leur échantillon, la dépression et l'ÉSPT ne sont pas des facteurs médiateurs dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance, mais qu'ils ont tout de même un impact, plutôt différent de ce qui était attendu, sur la reproduction parentale des comportements maltraitants. Spécifiquement, les parents qui avaient vécu un niveau élevé d'abus physiques durant l'enfance et qui avaient des problèmes importants de dépression et d'ÉSPT à l'âge adulte étaient moins susceptibles de reproduire l'abus physique avec leur garçon que ceux qui avaient vécu un niveau élevé de maltraitance mais qui présentaient

peu de symptômes dépressifs et d'ÉSPT. Pour expliquer ce résultat inattendu, les auteurs suggèrent que les parents ayant des problèmes de santé mentale reliés à la dépression et à l'ÉSPT auraient peut-être tendance à éviter les interactions avec leur enfant en regard de leur tendance à s'isoler, ce qui les mettrait moins à risque de reproduire les comportements d'abus physiques à l'endroit de leur enfant.

Deux études se sont penchées sur le rôle de la dissociation dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. L'étude de Egeland et Susman-Stillman (1996), effectuée auprès de mères maltraitées durant l'enfance, montre que les mères qui reproduisent la maltraitance avec leur enfant ont plus de symptômes dissociatifs que celles qui ne la reproduisent pas. Dans cette étude, les symptômes dissociatifs étaient mesurés au cours d'une entrevue portant sur les expériences d'enfance des mères et leurs réactions face à ces expériences. La dissociation chez les mères se manifestait particulièrement par un discours idéalisé et incohérent des soins qu'elles avaient reçus durant l'enfance, c'est-à-dire qu'elles n'étaient pas en mesure de soutenir leurs descriptions idéalisées par des souvenirs précis et/ou les souvenirs d'enfance rapportés ne correspondaient pas à leurs descriptions idéalisées des soins reçus. Par ailleurs, les mères qui reproduisaient le cycle de la maltraitance rapportaient aussi avoir manifesté davantage de comportements axés sur la réduction de la tension (forme d'évitement de la souffrance psychique) comme la consommation de drogues et/ou d'alcool et des tentatives de suicide. Quant aux mères qui n'ont pas reproduit la maltraitance, celles-ci

étaient en mesure de relater leurs expériences d'enfance de façon cohérente, réaliste et intégrée, et elles rapportaient peu ou pas de comportements de réduction de tension.

Narang et Contreras (2005), de leur côté, se sont intéressés au rôle de la dissociation dans la transmission intergénérationnelle de l'abus physique. Les résultats montrent 1) que plus les mères ont subi d'abus physiques durant l'enfance, plus elles présentent de symptômes dissociatifs à l'âge adulte et 2) que la dissociation est un facteur médiateur entre le fait d'avoir été maltraité durant l'enfance et le potentiel de reproduire la maltraitance avec son enfant à l'âge adulte.

En résumé, dans les dernières années, les recherches ont donc en général démontré que les problèmes de santé mentale (dissociation, ÉSPT, dépression) représentent un facteur de risque important dans la reproduction de la maltraitance (Banyard et al., 2003; Dixon et al., 2005; Egeland & Susman-Stillman, 1996; Narang & Contreras, 2005).

**Violence conjugale.** Un autre facteur a le potentiel de jouer un rôle dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance, soit la présence de violence conjugale au sein de la structure familiale. Les mères victimes de maltraitance durant leur enfance sont plus à risque d'avoir des problèmes relationnels à l'âge adulte (Elliot, Cunningham, Linder, Colangelo, & Gross, 2005; Muller, Gragtmans, & Baker, 2008; Weisbart et al., 2008) et de placer leur enfant dans un environnement familial conflictuel et violent (Cort et al., 2011), par exemple en vivant avec un conjoint violent. L'étude de



Cort et ses collègues indique que la violence conjugale est associée à un risque accru que l'enfant soit victime de formes multiples de maltraitance. Banyard et ses collègues (2003) ont pour leur part montré que la violence conjugale augmente les risques que l'enfant soit victime de négligence, qu'il soit la cible de punitions corporelles et qu'il ait des signalements répétés aux services de Protection de la jeunesse.

Par ailleurs, les mères victimes de violence conjugale sont généralement aux prises avec des distorsions socio-cognitives qui perturbent leurs capacités à établir des relations saines et à percevoir le danger pour elle-même et leur progéniture, ce qui peut contribuer à l'augmentation des risques que l'enfant soit victime de maltraitance physique, sexuelle et/ou émotionnelle (Belsky, 1993; Kotch et al., 1999). De plus, des recherches ont démontré que les mères victimes de violence conjugale offrent moins de support et de réconfort à leur enfant (Levendosky & Graham-Bermann, 2000; McCloskey, Figueredo, & Koss, 1995), particulièrement si elles présentent des problèmes de santé physique ou mentale (De la Sablonnière & Fortin, 2010), ce qui risque d'engendrer des troubles de comportement et/ou des difficultés dans la relation mère-enfant.

### **Facteurs de protection permettant de briser le cycle de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance**

La majorité des parents qui ont subi de la maltraitance durant leur enfance ne reproduisent pas les comportements maltraitants (Pears & Capaldi, 2001). Plusieurs recherches ont relevé la présence d'un facteur particulier ayant le potentiel de briser le cycle de transmission intergénérationnelle de la maltraitance, puisqu'il modifie les

modèles internes opérants des victimes de maltraitance (Belsky & Jaffee, 2006). Ce facteur de protection est représenté par la présence d'expériences relationnelles positives se manifestant, entre autres, par une relation significative durant l'enfance ou l'adolescence avec un parent supportant (Chen & Kaplan, 2001; Egeland, Jacobvitz, & Sroufe, 1988; Morton & Browne, 1998), un réseau social positif à l'âge adulte (Cerezo, D'Ocon, & Dolz, 1996; Crouch et al., 2001; Milner, 1993), une relation conjugale avec un conjoint soutenant (Egeland, 1988; Egeland et al., 1987; Egeland et al., 1988) et/ou une expérience thérapeutique bienfaisante (Egeland et al., 1987; Egeland & Susman-Stillman, 1996; Pianta, Egeland, & Erickson, 1989). Ces relations interpersonnelles significatives ont des effets constructifs et favorables sur le fonctionnement parental des victimes de maltraitance durant leur enfance. La théorie de l'attachement suggère que les relations significatives positives ont le potentiel de modifier les modèles internes opérants au point d'amener l'individu à ne pas reproduire les patrons relationnels dysfonctionnels maltraitants qu'il a vécus durant l'enfance (Belsky & Jaffee, 2006).

### **Objectifs des études de cas**

La maltraitance subie durant l'enfance engendre un ensemble de conséquences négatives ayant le potentiel de se cristalliser en un traumatisme psychologique complexe à l'âge adulte, et ainsi perturber les relations interpersonnelles de ces victimes, particulièrement la qualité de la relation qu'elles établiront avec leur enfant, au point même de reproduire la maltraitance. Toutefois, les recherches démontrent que la majorité des victimes ne reproduisent pas la maltraitance envers leur enfant (Kaufman &

Zigler, 1987; Cort et al., 2011). La présence de divers facteurs de risque et de protection influence grandement le processus de transmission de la maltraitance. À ce jour, aucune recherche, à notre connaissance, ne s'est intéressée au rôle que pouvait jouer le traumatisme psychologique complexe dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance.

L'objectif principal du présent essai consiste à examiner de façon exploratoire et descriptive le rôle du traumatisme psychologique complexe dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et dans la qualité de la relation mère-enfant. L'essai comporte deux études de cas descriptives, soit une comparaison du profil psychologique (présence ou non de symptômes de traumatisme complexe) de deux mères ayant vécu des expériences sévères et relativement similaires de maltraitance durant l'enfance, dont l'une a un enfant suivi par la Protection de la jeunesse pour maltraitance et l'autre non. Sur la base 1) des modèles théoriques de Cook et ses collègues (2005) et de De Bellis (2001) sur l'importance du traumatisme complexe dans le développement des individus victimes de maltraitance et 2) des résultats des études antérieures qui indiquent que les problèmes de santé mentale comme la dissociation et l'ÉSPT seraient des facteurs de risque importants dans l'adoption de conduites parentales maltraitantes, nous posons l'hypothèse que le traumatisme psychologique complexe sera associé à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Plus précisément, nous prédisons que la mère dont l'enfant est suivi par la Protection de la jeunesse va présenter des symptômes de traumatisme complexe, alors que la mère dont

l'enfant n'est pas suivi par la Protection de la jeunesse va présenter peu ou pas de symptômes de traumatisme complexe. Nous prédisons également que la présence de symptômes du traumatisme complexe sera associée à une moins bonne qualité de la relation mère-enfant. Dans le cadre de cet essai, la relation mère-enfant est évaluée de deux façons, c'est-à-dire par une mesure observationnelle de la communication socio-affective mère-enfant et par la perception maternelle de la relation mère-enfant mesurée par un questionnaire auto-rapporté complété par la mère.

De plus, comme nous savons que la présence de certains facteurs de risque et de protection au sein de l'environnement personnel et familial peut jouer un rôle important dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance, nous nous intéressons également au contexte de vie plus large des dyades. Nous examinerons plus particulièrement 1) le nombre de relations de couple des deux mères depuis la naissance de leur enfant, 2) la présence ou non de violence conjugale, ainsi que 3) les services (services de santé, psychosociaux, communautaires, professionnels,...) auxquels les familles ont eu recours dans la dernière année. Sur cet aspect, nous émettons l'hypothèse que la présence de violence conjugale sera associée à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et à une moins bonne qualité de la relation mère-enfant. Nous prédisons également que la présence d'un réseau de soutien social représentera un facteur de protection ayant la capacité d'atténuer et même de contrer la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et de contribuer à une meilleure qualité de la relation mère-enfant. Il est donc attendu que la mère dont l'enfant est suivi

par la Protection de la jeunesse aura un réseau social plus défaillant et moins soutenant que celui de la mère dont l'enfant n'est pas suivi par la Protection de la jeunesse. Finalement, sur la base de ces études de cas descriptives, nous aspirons pouvoir contribuer à avancer certaines pistes de recherches concernant le traumatisme psychologique complexe et les mécanismes impliqués dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance chez les mères ayant vécu de la maltraitance sévère durant leur enfance.

## **Méthode**

## **Participants**

Pour la présente étude de cas, deux dyades mère-enfant ont été sélectionnées au hasard parmi un échantillon de familles participant à une étude actuellement en cours sur les conditions de risque et les conséquences associées à la maltraitance. Les participants de l'étude originale sont des familles vivant en situation d'adversité financière (revenu familial annuel inférieur à 25 000 \$) et elles ont au moins un enfant âgé entre quatre et six ans. Elles ont été recrutées dans les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec dans des Centres de la petite enfance (CPE), des écoles primaires, des CLSC, des Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec (DPJ), et également par le biais de listes de familles prestataires de l'aide sociale (listes fournies par le Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale avec l'accord de la Commission d'accès à l'information). Il est à noter que, lors du recrutement, tous les enfants participants étaient âgés entre quatre et six ans.

Les dyades sélectionnées pour la présente étude de cas devaient répondre aux critères de sélection suivants : 1) choisir deux mères ayant vécu des expériences modérées ou sévères d'abus physiques et sexuels durant l'enfance et dont les autres expériences de mauvais traitements (abus émotionnel, négligence émotionnelle, négligence physique) étaient relativement similaires en terme de gravité; 2) choisir deux enfants de même sexe; 3) choisir une première dyade (dyade A) où l'enfant est suivi par

la Protection de la jeunesse pour maltraitance (peu importe le type) et une deuxième dyade (dyade B) où l'enfant n'est pas suivi par la Protection de la jeunesse.

### **Procédure**

Dans l'étude originale d'où sont tirées les deux dyades de la présente étude de cas, les participants sont rencontrés à deux reprises : une première fois à leur domicile et une seconde fois au laboratoire de recherche. Lors de la visite à la maison, la mère répond à divers questionnaires administrés sous forme d'entrevue par une assistante de recherche. Pendant ce temps, l'enfant effectue différentes tâches avec une expérimentatrice. La dyade mère-enfant participe ensuite à des activités filmées. La visite au laboratoire survient à l'intérieur de quelques semaines suivant la visite à la maison. Au cours de cette rencontre, la dyade mère-enfant participe à divers situations interactionnelles filmées (dont une période de collation de 10 minutes). Par la suite, la mère quitte la pièce pour compléter d'autres questionnaires avec une assistante de recherche dans une autre salle, pendant que son enfant effectue diverses tâches avec une expérimentatrice.

### **Instruments de mesure**

#### **Critères de sélection**

Tel que mentionné précédemment, les participants des présentes études de cas ont été sélectionnés sur la base 1) des expériences de mauvais traitements vécues par les mères durant leur enfance (expériences similaires) et 2) des situations de maltraitance



vécues par leur enfant (un enfant suivi par la Protection de la jeunesse pour maltraitance et un enfant non suivi par la Protection de la jeunesse).

**Maltraitance vécue par la mère durant l'enfance.** Les expériences de mauvais traitements vécues par les mères durant l'enfance sont évaluées par le *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein & Fink, 1998). Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté de 28 items de type likert répartis en cinq échelles : abus émotionnel, abus physique, abus sexuel, négligence émotionnelle et négligence physique. La mère doit rapporter la fréquence de ses expériences selon une échelle en cinq points : « Jamais vrai », « Rarement vrai », « Quelquefois vrai », « Souvent vrai » et « Très souvent vrai ». Pour chaque type de maltraitance, il est également possible d'établir le niveau de sévérité des expériences rapportées par la mère sur une échelle de sévérité en quatre points où : 1 = aucune maltraitance; 2 = niveau faible; 3 = niveau modéré; 4 = niveau sévère de maltraitance. Les points de coupure suivants (proposés par les auteurs de l'instrument) ont été utilisés pour catégoriser la sévérité des expériences de mauvais traitements : pour l'abus émotionnel, aucun = 5 à 8, faible = 9 à 12, modéré = 13 à 15, sévère = 16 à 25; pour l'abus physique, aucun = 5 à 7, faible = 8 à 9, modéré = 10 à 12, sévère = 13 à 25; pour l'abus sexuel, aucun = 5; faible = 6 ou 7, modéré = 8 à 12, sévère = 13 à 25; pour la négligence émotionnelle, aucun = 5 à 9, faible = 10 à 14, modéré = 15 à 17, sévère = 18 à 25; pour la négligence physique, aucun = 5 à 7, faible = 8 à 9, modéré = 10 à 12, sévère = 13 à 25. Le CTQ a été validé auprès d'une population de 2000 répondants, incluant des groupes cliniques et non-cliniques. Il présente une bonne

consistance interne ( $\alpha$  entre 0,79 et 0,94) et une bonne fidélité test-retest ( $r$  entre 0,76 et 0,96).

### **Maltraitance vécue par l'enfant**

Les expériences de mauvais traitements vécues par les enfants des mères participantes sont évaluées tout d'abord par la présence ou non d'un dossier actif à la Protection de la jeunesse. Dans le cas d'un dossier actif, le type de maltraitance vécu par l'enfant est évalué sur la base des informations incluses au dossier.

### **Données sociodémographiques**

Le *Questionnaire sociodémographique* de Dumas et Wahler (1983) est utilisé pour recueillir des informations générales sur la famille : le sexe et l'âge de l'enfant, l'âge de la mère, l'âge de la mère à la naissance de son premier enfant, le rang de l'enfant dans la famille, l'emploi de la mère, la source de revenu de la mère, le revenu familial, le niveau de scolarité de la mère et la structure familiale.

### **Symptômes de traumatisme complexe chez la mère**

Les symptômes de traumatisme complexe chez la mère ont été évalués par le biais de trois questionnaires auto-rapportés qui mesurent respectivement les symptômes traumatiques, les symptômes du TPL et les symptômes dissociatifs. Chacun de ces instruments est décrit ci-après. Des exemples de questions tirées des différentes échelles des trois instruments de mesure sont listés dans le Tableau 1.

**Symptômes traumatiques.** Pour évaluer la présence de symptômes traumatiques chez les mères nous avons utilisé le *Trauma Symptom Inventory* (TSI; Briere, Elliot, Harris, & Cotman, 1995). Le TSI est un questionnaire auto-rapporté de 100 items (échelle de type likert) permettant de relever les symptômes de stress post-traumatiques aigus ou chroniques et les autres conséquences psychologiques (ex : difficultés relationnelles, difficultés personnelles) d'évènement(s) traumatique(s) (ex : viol, violence conjugale, agression physique, guerre, accident majeur, catastrophe naturelle, maltraitance subie durant l'enfance) chez un individu adulte. Le TSI contient 10 échelles, soit l'hypervigilance, la dépression, la colère/irritabilité, les expériences intrusives, l'évitement, la dissociation, les préoccupations sexuelles, les comportements sexuels dysfonctionnels, les problèmes d'identité et les comportements réducteurs de tension. Des points de coupure ont été établis pour chacune des échelles et ceux-ci distinguent un niveau normal et un niveau clinique de symptômes. Le TSI comporte également trois échelles de validité qui permettent d'identifier des questionnaires qui n'auraient pas été répondus adéquatement (de façon valide) par les mères. Ces échelles de validité sont : niveau de réponse, réponse atypique, réponse incohérente. Aux fins de la présente étude de cas nous nous sommes assurés que les deux mères sélectionnées avaient des questionnaires valides en vérifiant leurs scores aux trois échelles de validité. Le TSI possède une bonne consistance interne ( $\alpha$  entre 0,84 et 0,87) auprès de la population générale et des populations cliniques (Briere, 1995). Ce questionnaire est complété par la mère lors de la visite au domicile.

Tableau 1

*Exemples de questions provenant des questionnaires évaluant les symptômes de traumatisme complexe chez la mère*

Instruments	Exemples de questions
<u>Symptômes traumatiques (TSI)</u>	
	À quelle fréquence avez-vous vécu les expériences suivantes (échelle en quatre points de jamais = 0 à souvent =3) :
Hypervigilance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vous inquiéter à propos de toutes sortes de choses.</li> <li>- Sursauter ou être effrayé(e) par des bruits soudains.</li> </ul>
Dépression	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vous sentir désespéré(e).</li> <li>- Vous sentir tellement déprimé(e) que vous évitez les gens.</li> </ul>
Colère/Irritabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vous fâcher pour un rien ou sans raison valable.</li> <li>- Vous sentir fâché(e) ou en colère à l'intérieur.</li> </ul>
Expériences intrusives	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des « flashbacks » (souvenirs ou images soudains de choses bouleversantes).</li> <li>- Vous rappeler soudainement quelque chose de mauvais.</li> </ul>
Évitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Essayer d'oublier un mauvais moment dans votre vie.</li> <li>- Ne pas vous laisser envahir par de mauvais sentiments à propos du passé.</li> </ul>
Dissociation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir l'impression que vous êtes à l'extérieur de votre corps.</li> <li>- Ne pas être capable de ressentir vos émotions.</li> </ul>
Préoccupations sexuelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des mauvaises pensées ou sentiments durant une relation sexuelle.</li> <li>- Des fantasmes sexuels d'être dominé(e) ou maîtrisé(e).</li> </ul>
Comportements sexuels dysfonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vous attirer des ennuis à cause du sexe.</li> <li>- Utiliser le sexe pour vous sentir puissant(e) ou important(e).</li> </ul>
Perturbations de l'identité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Devenir confus(e) à propos de ce que vous pensiez ou croyiez.</li> <li>- Être facilement influencé(e) par les autres.</li> </ul>
Comportements réducteurs de tension	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menacer ou tenter de vous suicider.</li> <li>- Vous blesser de façon intentionnelle (par exemple, en vous éraflant, vous coupant ou vous brûlant) même si vous n'étiez pas entrain d'essayer de vous suicider.</li> </ul>

Tableau 1

*Exemples de questions provenant des questionnaires évaluant les symptômes de traumatisme complexe chez la mère (suite)*

Instruments	Exemples de questions
<u>Symptômes du trouble de la personnalité limite (IASC)</u>	Dans les six derniers mois, à quelle fréquence avez-vous vécu les expériences suivantes :
Conflits interpersonnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir des conflits dans vos relations avec les autres.</li> <li>- Vous fâcher avec un ami ou un amoureux.</li> </ul>
Idéalisation/Dévalorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Détester soudainement quelqu'un que vous aimiez beaucoup auparavant.</li> <li>- Souhaiter que les gens demeurent aussi plaisants et excitants que la première fois que vous les avez rencontrés.</li> </ul>
Anxiété d'abandon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir peur que quelqu'un qui vous est cher puisse vous quitter.</li> <li>- Avoir un sentiment de vide lorsque les autres s'éloignent de vous.</li> </ul>
Problème d'identité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Être confus(e) à propos de ce que vous voulez dans la vie.</li> <li>- Avoir l'impression de ne pas vraiment avoir d'identité.</li> </ul>
Vulnérabilité à être influencé(e)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Être facilement influencé(e) par les autres.</li> <li>- Être trop facilement d'accord avec les gens.</li> </ul>
Difficultés de régulation émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne pas parvenir à vous calmer.</li> <li>- Votre humeur qui change rapidement.</li> </ul>
Activités diminuant la tension	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manger plus de nourriture que nécessaire afin de vous sentir mieux ou de vous calmer.</li> <li>- Faire des choses pour arrêter de sentir autant de tension ou de souffrance à l'intérieur.</li> </ul>

Tableau I

*Exemples de questions provenant des questionnaires évaluant les symptômes de traumatisme complexe chez la mère (suite)*

Instruments	Exemples de questions
<u>Symptômes dissociatifs (DES)</u>	
Dissociation	<p>Encerclez le nombre indiquant le pourcentage de temps pendant lequel vous vivez l'expérience décrite (0 % - 10 % - 20 % - ... - 100%) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certaines personnes se sentent parfois comme si elles se tenaient à côté d'elles-mêmes ou s'observaient en train de faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne.</li> <li>- Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans le miroir et de ne pas se reconnaître.</li> </ul>

**Symptômes du trouble de la personnalité limite.** Les symptômes de personnalité état-limite des participantes sont évalués par le biais du questionnaire *Inventory of Altered Self-Capacities* (IASC; Briere, 1998; Briere & Runtz, 2002). Ce questionnaire auto-rapporté est composé de 63 items cotés sur une échelle de type likert en cinq points (où 1 = jamais et 5 = souvent) qui permettent d'évaluer la présence de divers symptômes caractéristiques du TPL. Les 63 items sont répartis en sept échelles : conflits interpersonnels, idéalisation/dévalorisation, anxiété d'abandon, problème d'identité, vulnérabilité à se faire influencer, difficultés de régulation émotionnelle, activités pour réduire la tension (acting-out). Des points de coupure permettent de catégoriser les scores obtenus aux différentes échelles en fonction de la sévérité clinique (zone normale, élevée ou très élevée). Cet inventaire démontre une bonne consistance interne ( $\alpha$  entre 0,78 et 0,93) auprès de la population générale et des populations cliniques (Briere, 1998; Briere

& Runtz, 2002). Ce questionnaire est complété par la mère lors de la visite au laboratoire de recherche.

**Symptômes dissociatifs.** Les symptômes de dissociation sont évalués par le biais du *Dissociative Experiences Scale* (DES; Carlson & Putnam, 1993). Ce questionnaire auto-rapporté de 28 items énonçant différentes expériences de phénomènes dissociatifs permet de relever la présence de symptômes caractéristiques de la dissociation (amnésie, dépersonnalisation, sentiment d'irréalité, absorption, évasion dans l'imaginaire) chez un adulte. Pour chacun des items, le sujet doit indiquer sur une échelle de pourcentage (0 % - 10 % - 20 % - ... - 100 %) la fréquence approximative à laquelle ces expériences de dissociation surviennent. Des points de coupure permettent d'identifier un niveau normal (0 à 29,9) de symptômes de dissociation ou un niveau élevé (30 et plus) de symptômes. L'instrument possède de bons indices de validité ( $\alpha = 0,93$ ) et fidélité ( $r = 0,67$ ) (van IJzendoorn & Schuengel, 1996). Ce questionnaire est complété par la mère lors de la visite au domicile.

### **Qualité de la relation mère-enfant**

Dans cette étude de cas, la qualité de la relation mère-enfant a été évaluée de deux façons différentes, soit par une mesure observationnelle de la qualité de la communication socio-affective mère-enfant et par un questionnaire auto-rapporté évaluant la perception maternelle de la qualité de la relation mère-enfant.

**Qualité de la communication socio-affective mère-enfant.** La qualité de la communication socio-affective mère-enfant durant les interactions filmées lors de la collation en laboratoire a été évaluée avec la *Grille de communication socio-affective* (Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent, & Saintonge, 1998; Moss, St-Laurent, Cyr, & Humber, 2000). Ce système de codification évalue l'ouverture émotionnelle, la réciprocité et la fluidité dans les échanges socio-affectifs entre la mère et l'enfant à l'aide de neuf échelles en sept points (où 7 indique une qualité relationnelle optimale, 4 réfère à une qualité modérée et 1 correspond à une qualité médiocre). La qualité des échanges affectifs est évaluée selon les dimensions suivantes : 1) la coordination; 2) la communication; 3) les rôles; 4) l'expression émotionnelle; 5) la sensibilité; 6) la tension/relaxation; 7) l'humeur; 8) le plaisir; 9) la qualité globale. Le score sur l'échelle de la qualité globale va des interactions conflictuelles manquant de réciprocité et de synchronie et incluant un renversement des rôles parent-enfant (score 1) à des interactions plaisantes, harmonieuses et réciproques (score 7). Cette grille a été validée auprès d'enfants âgés entre trois et sept ans provenant de milieux socio-économiques variés (Dubois-Comtois & Moss, 2004; Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2004; Moss et al., 1998; Moss & St-Laurent, 2001). La codification a été effectuée par deux codeurs expérimentés qui ont déjà codé plus de 100 dyades et qui ont obtenu des accords inter-juges satisfaisants effectués sur 20 % de l'échantillon (corrélation intraclasse de 0,87 pour l'échelle de qualité globale; pour les autres échelles, les corrélations intraclasse varient entre 0,78 et 0,89).



**Perception maternelle de la qualité de la relation mère-enfant.** La perception maternelle de la qualité de la relation mère-enfant a été évaluée par le biais de deux échelles du questionnaire Index de Stress Parental – Forme brève (ISP – FB; Abidin, 1995) complété par la mère : l'échelle « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle » et l'échelle « Enfant difficile ». L'échelle « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle » comprend 12 items et reflète la qualité du système interactionnel entre l'enfant et son parent tel que perçu par ce dernier (ex : mon enfant fait rarement des choses qui me font plaisir; lorsque je fais des choses pour mon enfant, il me semble que mes efforts ne sont pas très appréciés; je m'attendais à avoir des rapports plus étroits et plus chaleureux avec mon enfant que ceux que j'ai actuellement et cela me préoccupe). L'échelle « Enfant difficile » comprend 12 items qui évaluent jusqu'à quel point l'enfant est perçu par la mère comme un enfant difficile (ex : mon enfant se réveille en général de mauvaise humeur; mon enfant réagit vivement lorsqu'il se produit quelque chose qu'il n'aime pas; mon enfant est plus problématique que je m'y attendais). Les items qui composent ces échelles sont des énoncés de type likert en cinq points (1 = profondément d'accord, 2 = d'accord, 3 = pas certain, 4 = en désaccord, 5 = en profond désaccord). L'auteur de l'instrument a proposé des points de coupure cliniques pour ces échelles qui permettent de distinguer un niveau normal et un niveau clinique de difficultés. Les échelles présentent des indices de stabilité variant de 0,63 à 0,96 sur une période d'un an (Abidin, 1997).

### **Historique et qualité des relations de couple de la mère**

Afin d'obtenir un historique des relations de couple de la mère, nous demandons à celle-ci, lors de la visite à domicile, de dénombrer les différentes relations conjugales et les périodes de célibat qu'elle a eues depuis la naissance de son premier enfant en indiquant la durée de chacune d'entre elles. Par la suite, pour chacun des conjoints nommés, la mère doit indiquer s'il y a eu présence ou non de violence conjugale verbale, physique ou sexuelle en rapportant la fréquence de ces expériences selon une échelle en trois points : « Jamais », « Quelquefois » et « Régulièrement ».

### **Réseau social de la mère**

Lors de la visite à la maison, la mère a également répondu à des questions au sujet de son réseau social. La mère doit indiquer sur une échelle en quatre points (Jamais, Rarement, Occasionnel et Régulier) à quelle fréquence elle voit les personnes suivantes : parenté, voisins, amis et professionnels (ex : médecin, travailleur social, intervenant CLSC, psychologue, infirmière...).

### **Utilisation par la famille de services communautaires et professionnels**

Lors de la visite à la maison, la mère doit indiquer, parmi une liste de services, ceux auxquels les membres de la famille (mère, père biologique, enfant-cible, fratrie, conjoint [si différent du père biologique]) ont eu recours au cours des 12 derniers mois. La liste fournie distingue cinq catégories de services, soit : services en CLSC (ex : suivi psychosocial, services psychologiques, ergothérapie, etc.); services en Centre jeunesse

(Protection de la jeunesse) (ex : suivi psychosocial, services psychologiques, placement, etc.); services en milieu scolaire (ex : orthopédagogie, orthophonie, psychoéducation, etc.); autres services gouvernementaux (ex : programme d'habitation, services en déficience intellectuelle, programme d'alphabétisation, etc.); et services en ressources communautaires (ex : comptoir vestimentaire, aide alimentaire, aide pour l'impôt, etc.).

## Résultats

Cette section décrit, pour chacune des dyades, les données recueillies sur les différentes mesures de l'étude. Tout d'abord, les données relatives aux critères de sélection des dyades sont présentées (maltraitance vécue par la mère durant l'enfance et maltraitance vécue par l'enfant). Par la suite, les résultats de la dyade A sont rapportés selon l'ordre suivant : les données sociodémographiques, les symptômes de traumatisme complexe de la mère (symptômes traumatiques, symptômes du TPL, symptômes dissociatifs), la qualité de la relation mère-enfant (qualité de la communication socio-affective mère-enfant, perception maternelle de la qualité de la relation mère-enfant), l'historique et la qualité des relations de couple de la mère, le réseau social de la mère et l'utilisation par la famille de services communautaires et professionnels. En dernier lieu, les résultats de la dyade B sont rapportés selon le même ordre que la dyade A. Le Tableau 2 présente les données obtenues par les dyades sur chacune des mesures.

### **Critères de sélection**

#### **Maltraitance vécue par la mère durant l'enfance**

Tel que mentionné dans la section « Participants », nous avons sélectionné deux mères qui ont vécu de la maltraitance durant leur enfance. La maltraitance vécue par les deux mères, mesurée par le questionnaire des traumatismes vécus durant l'enfance

(CTQ), est similaire autant au niveau de la sévérité que du type de maltraitance (voir Tableau 2). Les résultats au CTQ révèlent que les mères ont vécu différentes formes de maltraitance. Tout d'abord, les deux mères ont subi des abus physiques modérés et des agressions sexuelles sévères. Elles ont également subi des abus émotionnels, dont le niveau de sévérité diffère légèrement : niveau faible chez la mère A et niveau modéré chez la mère B. Puis, elles ont toutes les deux vécu de la négligence émotionnelle à un niveau de sévérité faible et aucune d'entre elles n'a subi de négligence physique.

Tableau 2

*Comparaison des différentes caractéristiques individuelles et familiales*

Caractéristiques	Dyade A	Dyade B
<b>Critères de sélection</b>		
<i>Maltraitance vécue par la mère durant l'enfance (CTQ)</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Abus physique</i></li> <li>• <i>Abus sexuel</i></li> <li>• <i>Abus émotionnel</i></li> <li>• <i>Négligence émotion.</i></li> <li>• <i>Négligence physique</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modéré</li> <li>• Sévère</li> <li>• Faible</li> <li>• Faible</li> <li>• Aucun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modéré</li> <li>• Sévère</li> <li>• Modéré</li> <li>• Faible</li> <li>• Aucun</li> </ul>
<i>Maltraitance vécue par l'enfant</i>		
<i>Dossier à la Protection de la jeunesse</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oui</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non</li> </ul>
<i>Type de maltraitance</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maltraitance psychologique</li> <li>• Négligence physique</li> </ul>	
<b>Données sociodémographiques</b>		
<i>Sexe de l'enfant</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujet féminin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sujet féminin</li> </ul>
<i>Âge de l'enfant</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 ans</li> </ul>
<i>Âge actuel de la mère</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 21 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 ans</li> </ul>
<i>Âge de la mère à la naissance du 1<sup>er</sup> enfant</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 17 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 19 ans</li> </ul>
<i>Rang de l'enfant dans la famille</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fille unique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2<sup>e</sup> enfant (sœur aînée : 10 ans; sœur cadette : 4 ans)</li> </ul>
<i>Emploi actuel de la mère</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étudiante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maman à la maison</li> </ul>
<i>Sources de revenu de la mère</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide sociale, allocations familiales, emploi Québec</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide sociale, allocations familiales</li> </ul>
<i>Revenu familial annuel</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 000 \$ - 15 000 \$</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 000 \$ - 15 000 \$</li> </ul>
<i>Scolarité de la mère</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secondaire 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secondaire 2</li> </ul>
<i>Structure familiale</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monoparentale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monoparentale avec présence fréquente de son conjoint à la maison.</li> </ul>

Tableau 2

*Comparaison des différentes caractéristiques individuelles et familiales (suite)*

<b>Symptômes de traumatisme complexe de la mère</b>		
<i>Symptômes traumatiques (TSI)</i>		
Points de coupure : Inférieur ou égal à 64 : Normal 65 et plus : Clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypervigilance : 45</li> <li>• Dépression : 50</li> <li>• Colère/Irritabilité : 62</li> <li>• Expériences intrusives : 54</li> <li>• Évitement : 50</li> <li>• Dissociation : 59</li> <li>• Préoccupations sexuel. : 48</li> <li>• <b>Compts. sex. dysfonc. : 72</b></li> <li>• Perturbations identité : 59</li> <li>• Compts réduct. tension : 63</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hypervigilance : 72</b></li> <li>• Dépression : 47</li> <li>• Colère/irritabilité : 50</li> <li>• Expériences intrusives : 55</li> <li>• <b>Évitement : 66</b></li> <li>• Dissociation : 55</li> <li>• Préoccupations sexuel. : 42</li> <li>• Compts. sex. dysfonc. : 54</li> <li>• Perturbations identité : 51</li> <li>• Compts réduct. tension : 48</li> </ul>
<i>Symptômes du trouble de la personnalité limite (IASC)</i>		
Points de coupure : Inférieur ou égal à 64 : Normal De 65 à 69 : Élevé 70 et plus : Très élevé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conflit interpersonnel : 81</b></li> <li>• <b>Idéaliser./Dévaloriser. : 84</b></li> <li>• <b>Anxiété d'abandon : 87</b></li> <li>• <b>Problème d'identité : 79</b></li> <li>• <b>Vulnérabilité influencer : 87</b></li> <li>• <b>Diffic. régul. émotion. : 68</b></li> <li>• <b>Act. diminuer tension : 87</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conflit interpersonnel : 72</b></li> <li>• <b>Idéaliser./Dévaloriser. : 86</b></li> <li>• <b>Anxiété d'abandon : 69</b></li> <li>• <b>Problème d'identité : 68</b></li> <li>• Vulnérabilité influencer : 59</li> <li>• <b>Diffic. régul. émotion. : 81</b></li> <li>• Act. diminuer tension : 60</li> </ul>
<i>Symptômes dissociatifs (DES)</i>		
- <i>Dissociation</i> Points de coupure : Plus petit ou égal à 29 : Normal 30 et plus : Élevé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 29</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14</li> </ul>

*Note.* Les scores en gras indiquent un niveau clinique de problèmes.



Tableau 2

*Comparaison des différentes caractéristiques individuelles et familiales (suite)*

<b>Qualité de la relation mère-enfant</b>		
<i>Qualité de la communication socio-affective mère-enfant (collation)</i>		
Points de coupure : 1 à 3 : problématique 4 à 7 : normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Coordination : 1</b></li> <li>• <b>Communication : 1</b></li> <li>• <b>Rôle : 1</b></li> <li>• <b>Expression émotionnelle : 1</b></li> <li>• <b>Sensibilit./rép. approp. : 1</b></li> <li>• <b>Tension/relaxation : 1</b></li> <li>• <b>Humeur : 1</b></li> <li>• <b>Plaisir : 1</b></li> <li>• <b>Score global : 1</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Coordination : 1</b></li> <li>• <b>Communication : 2</b></li> <li>• <b>Rôle : 1</b></li> <li>• <b>Expression émotionnelle : 1</b></li> <li>• <b>Sensibilit./rép. approp. : 1</b></li> <li>• <b>Tension/relaxation : 2</b></li> <li>• <b>Humeur : 1</b></li> <li>• <b>Plaisir : 1</b></li> <li>• <b>Score global : 1</b></li> </ul>
<i>Perception maternelle de la qualité de la relation mère-enfant (ISP-FB)</i>		
Points de coupure : Échelle « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle » : < 27 : normal 27 et plus : clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 21</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 46</li> </ul>
Échelle « Enfant difficile » : <36 : normal 36 et plus : clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 29</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50</li> </ul>

*Note.* Les scores en gras indiquent un niveau clinique de problèmes.

Tableau 2

*Comparaison des différentes caractéristiques individuelles et familiales (suite)*

<b>Historique des relations de couple de la mère et présence de violence conjugale</b>		
<i>Historique des relations de couple</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En couple avec père biologique pendant 2 ans (conjoint #1);</li> <li>• nouveau conjoint pendant 2 ans et 3 mois (conjoint #2);</li> <li>• célibataire pendant 1 mois;</li> <li>• nouveau conjoint pendant un an et un mois (conjoint #3);</li> <li>• célibataire depuis ce temps.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En couple avec père biologique pendant 7 ans (conjoint #1);</li> <li>• célibataire pendant 10 mois;</li> <li>• nouveau conjoint depuis 2 ans et 4 mois (conjoint #2).</li> </ul>
<i>Expériences de violence conjugale vécue par la mère</i>		
• <i>Verbale</i>	• Quelquefois avec le conjoint #1.	• Régulier avec le conjoint #2.
• <i>Physique</i>	• Quelquefois avec le conjoint #2.	• Quelquefois avec le conjoint #1.
• <i>Sexuelle</i>	• Jamais.	• Jamais.
<b>Réseau social de la mère</b>		
<i>Parenté</i>	• Régulier	• Occasionnel
<i>Voisin</i>	• Régulier	• Régulier
<i>Amis</i>	• Régulier	• Régulier
<i>Professionnels</i>	• Régulier	• Occasionnel

Tableau 2

*Comparaison des différentes caractéristiques individuelles et familiales (suite)*

<b>Utilisation par la famille de services communautaires et professionnels</b>		
<i>Mère</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLSC : Suivi psychosocial</li> <li>• Protection de la jeunesse : Suivi psychosocial Famille soutien</li> <li>• Ressources communautaires : Aide alimentaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLSC : Suivi psychosocial</li> </ul>
<i>Enfant</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLSC : Suivi psychosocial Orthophonie</li> <li>• Protection de la jeunesse : Suivi psychosocial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CLSC : Orthophonie</li> <li>• Protection de la jeunesse : Signalement non fondé</li> </ul>

### **Maltraitance vécue par l'enfant**

Selon le devis de la présente étude de cas, les dyades sélectionnées incluent un enfant avec un dossier actif à la Protection de la jeunesse pour cause de maltraitance (enfant A), et un second non suivi par la Protection de la jeunesse (enfant B). L'examen du dossier de l'enfant A à la Protection de la jeunesse révèle qu'il est suivi depuis l'âge de six mois pour maltraitance psychologique et négligence physique.

### **Description de la dyade A**

L'ensemble des données correspondant à la dyade A sont présentées dans la colonne de gauche du Tableau 2.

### **Données sociodémographiques**

La fillette de cette dyade est une enfant unique âgée de quatre ans. La mère de cette jeune fille, monoparentale et célibataire, était âgée de 21 ans lors de la visite au domicile. De ce fait, elle avait 17 ans à la naissance de sa fille. Cette mère a l'équivalent d'un secondaire 1 et lors de la visite au domicile elle était étudiante à temps plein dans un programme subventionné par Emploi-Québec. Le revenu familial annuel brut se situe entre 10 000 \$ et 15 000 \$ en considérant les prestations de l'Aide sociale, les allocations familiales et la subvention gouvernementale d'Emploi Québec pour ses études.

### **Symptômes de traumatisme complexe de la mère**

**Symptômes traumatiques (TSI).** Les résultats de la mère au TSI démontrent des difficultés cliniques significatives chez la mère concernant l'échelle « Comportements sexuels dysfonctionnels » (score = 72), tels que flirter ou faire souvent des avances à quelqu'un pour attirer l'attention, vouloir souvent avoir des relations sexuelles avec quelqu'un sachant que cette personne était mauvaise pour elle, avoir parfois une relation sexuelle avec quelqu'un qu'elle connaissait à peine, et avoir parfois des relations sexuelles qui devaient être gardées secrètes.

Nous pouvons également observer que la mère est près du score clinique de 65 concernant les échelles « Comportements réducteurs de tension » (score = 63), « Colère/Irritabilité » (score = 62), « Dissociation » (score = 59) et « Perturbations de

l'identité (score = 59). Les réponses à l'échelle « Comportements réducteurs de tension » indiquent que la mère utilise l'expression de la colère ou les comportements sexuels dysfonctionnels pour diminuer son anxiété. Les réponses à l'échelle « Colère/Irritabilité » révèlent en particulier qu'il arrive souvent à la mère d'être contrariée par les autres et de vouloir frapper quelqu'un ou quelque chose, et qu'il lui arrive parfois : de commencer une dispute ou chercher la chicane pour décharger sa colère, de se sentir fâchée ou en colère à l'intérieur et d'avoir de la difficulté à contrôler sa colère. En ce qui concerne l'échelle « Dissociation », ses réponses indiquent entre autres qu'il arrive souvent à la mère de rêvasser, d'être dans les nuages et qu'il lui arrive parfois d'avoir l'impression d'être dans un rêve. Quant aux réponses de la mère à l'échelle « Perturbation de l'identité », nous constatons qu'il lui arrive souvent de ne pas comprendre pourquoi elle a fait quelque chose et qu'il lui arrive parfois : de ne pas être certaine de ce qu'elle veut dans la vie, d'être facilement influencée par les autres et que ses sentiments ou ses pensées changent lorsqu'elle est avec d'autres personnes.

Pour ce qui est des autres échelles, soit « Hypervigilance », « Dépression », « Expériences intrusives », « Évitement » et « Préoccupations sexuelles », la mère de la dyade A se situe dans la zone normale. Toutefois, l'examen des items nous permet de constater la présence de certaines particularités qui méritent d'être mentionnées. Ainsi, on note qu'elle a des préoccupations particulières par rapport à son passé : essaie souvent d'oublier un mauvais moment dans sa vie, a souvent des « flashbacks » (souvenirs ou images soudains de choses bouleversantes), a souvent des souvenirs

troublants soudains quand elle ne s'y attendait pas, chasse parfois de son esprit des souvenirs douloureux, se rappelle parfois soudainement quelque chose de bouleversant du passé, essaie parfois de chasser certains souvenirs. Par ailleurs, bien qu'elle ne rapporte pas un niveau clinique de symptômes dépressifs, elle révèle toutefois : être souvent facilement contrariée par les autres, éprouver parfois de la tristesse et avoir parfois envie de pleurer. Enfin, en lien avec l'échelle « Préoccupations sexuelles », la mère indique qu'elle a souvent des pensées ou des désirs sexuels alors qu'elle pensait qu'elle n'aurait pas dû les avoir et des fantasmes sexuels d'être dominée ou maîtrisée. Il faut néanmoins être prudent dans l'interprétation de ces résultats puisque les scores, pour ces différentes échelles, se trouvent dans la zone normale.

**Symptômes du trouble de la personnalité limite (IASC).** L'ensemble des résultats de la mère au IASC démontrent qu'elle est aux prises avec plusieurs difficultés psychologiques en lien avec le TPL. Toutes les échelles révèlent des scores cliniques très élevés à l'exception de l'échelle « Difficultés de régulation émotionnelle » qui indique un score clinique élevé (score = 68). Il est à noter que pour les échelles « Vulnérabilité à l'influence », « Activité pour diminuer la tension », « Problème d'identité » et « Difficultés de régulation émotionnelle », les scores de la mère se situent dans la zone clinique malgré le fait qu'elle rapporte éprouver quelquefois ces symptômes. L'analyse d'items nous a en effet permis de constater que la mère a indiqué « quelquefois » à la presque totalité des items de chacune des échelles, ce qui explique pourquoi les scores obtenus sont très élevés ou élevés.

Donc cette mère est très anxieuse à l'idée de se faire abandonner (score = 87; ex : est très souvent fâchée quand elle sent que quelqu'un ne veut plus la fréquenter); elle est très vulnérable à se faire influencer (score = 87; ex : est quelquefois facilement influencée par les autres, fait quelquefois ce que quelqu'un lui a dit sans se demander si c'était une bonne idée); elle adopte de mauvaises stratégies pour diminuer la tension (score = 87; ex : se blesse quelquefois de quelque manière afin de se calmer ou d'arrêter de sentir le vide à l'intérieur, fait quelquefois quelque chose de sexuel afin de se calmer); elle utilise fréquemment les mécanismes de défense « Idéalisation/dévalorisation » (score = 84; ex : réalise souvent que les gens qu'elle trouvait merveilleux ne l'étaient pas du tout en réalité); elle a des conflits interpersonnels importants (score = 81; ex : se dispute souvent avec les autres, se fâche quelquefois avec un(e) ami(e) ou un amoureux); elle a des problèmes d'identité (score = 79; ex : a quelquefois le sentiment qu'elle ne se connaît pas très bien elle-même, perd quelquefois son identité lorsqu'elle est dans une relation); et elle a des difficultés de régulation émotionnelle (score = 68; ex : n'est quelquefois pas capable de contrôler sa colère, a quelquefois beaucoup de hauts et de bas dans ses sentiments).

**Symptômes dissociatifs (DES).** Les résultats de ce questionnaire indiquent un score global de 29, alors que le point de coupure est 30. Donc, selon les critères d'évaluation, cette mère se situe tout juste en-dessous du seuil clinique relié à la dissociation. Un examen des items nous permet d'observer que la mère est aux prises avec certains symptômes dissociatifs. Ainsi, lorsqu'elle regarde la télévision ou un film, il lui arrive

100 % du temps, d'être si absorbée dans l'histoire qu'elle n'a pas conscience d'autres évènements qui arrivent autour d'elle. Puis, il lui arrive 30 % du temps : de ne pas être sûre si des évènements dont elle se souvient se sont réellement produits ou si elle les a seulement rêvés; de devenir tellement absorbée dans une fantaisie imaginaire ou une rêverie qu'elle se sent comme si cela lui arrivait réellement; de se parler à elle-même à voix haute lorsqu'elle est seule; de ne pas se rappeler si elle a fait quelque chose ou si elle a seulement pensé à la faire; d'être capable, avec une facilité et une spontanéité étonnante, de faire des choses qui seraient habituellement difficiles pour elle (ex : sports, travail, situations sociales, etc.); de ne pas se rappeler si elle a fait quelque chose ou si elle a seulement pensé à le faire (ex : ne pas savoir si elle a posté une lettre ou si elle a seulement pensé à la poster); et de trouver des indices ou des signes qu'elle a fait des choses qu'elle ne se rappelle pas avoir faites.

### **Qualité de la relation mère-enfant**

**Qualité de la communication socio-affective mère-enfant.** L'observation des interactions mère-enfant filmées lors de la période de collation révèle une qualité interactionnelle dysfonctionnelle (score global = 1/7). Pour chacun des sept éléments évalués (coordination, communication, rôle, etc.) le score est de 1/7.

On constate, lors de la collation, que la mère est centrée sur ses besoins et se montre indifférente aux besoins de l'enfant, puisqu'elle se couche sur le sol pour se reposer pour la presque totalité du temps alloué pour cette activité. L'enfant manifeste alors des



comportements de « renversement de rôle » en tentant de prendre soin de sa mère : l'enfant dit à sa mère de ne pas s'étendre par terre pour ne pas être toute sale; l'enfant demande à sa mère si elle veut qu'elle la soigne en s'agenouillant au sol pour lui flatter le ventre puis se relève en disant à sa mère qu'elle est guérie; l'enfant dit à sa mère de se réveiller pour ne pas avoir de caries dans la bouche; l'enfant dit à sa mère qu'en restant couchée par terre elle va avoir des araignées sur elle; l'enfant flatte à nouveau le ventre de sa mère en lui disant qu'elle fait ce geste pour la soigner; l'enfant dit à sa mère qu'elle l'a soignée alors elle peut se lever; et l'enfant prête sa poupée à sa mère en disant que cela va la faire guérir. Malgré les tentatives de l'enfant à être en relation avec sa mère, la mère n'est pas à l'écoute de son enfant et elle semble dépressive et apathique (ex : lorsque la mère parle, elle a une voix faible et plaintive; l'enfant doit demander à sa mère de lui ouvrir son jus à deux reprises et la mère lui ouvre sans rien dire; l'enfant lui dit qu'elle aimerait regarder l'image des chats au mur avec elle et la mère ne répond pas; lorsque la mère est couchée sur le sol, sa fille s'assoit sur son ventre et la mère ne fait que dire non d'un ton plaintif sans bouger; l'enfant demande à sa mère de se lever et la mère ne bouge pas et répond qu'elle est fatiguée; lorsque l'enfant dit à sa mère qu'elle a terminé sa collation sa mère reste couchée et ne fait que demander à l'enfant si elle a encore faim). Les contacts visuels réciproques sont très rares, les moments de silence sont fréquents et les contacts physiques surviennent dans les tentatives de l'enfant à prendre soin de sa mère (ex : l'enfant touche sa mère lorsqu'elle tente de la soigner; la mère touche l'enfant pour la repousser parce que sa fille lui flatte le ventre; l'enfant lève le bras de sa mère pour lui montrer qu'elle aura des araignées sur elle si elle ne se lève

pas). Donc il a été possible d'observer que la mère n'arrive pas à bien assumer son rôle de parent, qu'elle ne manifeste pas de comportement ou n'exprime aucune parole suscitant un rapprochement avec son enfant et qu'elle ne démontre aucune sensibilité à l'égard de son enfant. Finalement, aucun moment de plaisir n'a été observé au cours de cette période de collation.

**Perception maternelle de la qualité de la relation mère-enfant.** Les résultats aux échelles du ISP-FB « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle » (score = 21, inférieur au seuil clinique de 27) et « Enfant difficile » (score = 29, inférieur au seuil clinique de 36) indiquent des scores normaux. Ces résultats signifient que la mère perçoit que la relation avec son enfant est satisfaisante, qu'elle ne vit pas de problème majeur avec son enfant et qu'elle ne la perçoit pas comme étant une enfant difficile.

L'analyse des items concernant l'échelle « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle » nous indique toutefois que la mère identifie certaines difficultés dans sa relation avec son enfant. La mère rapporte être d'accord avec l'énoncé « Je m'attendais à avoir des rapports plus étroits et plus chaleureux avec mon enfant que ceux que j'ai présentement et cela me préoccupe » et être incertaine (ni en accord, ni en désaccord) quant à l'énoncé « Quelquefois mon enfant fait des choses qui me dérangent juste pour être méchant ».

Bien que le score à l'échelle « Enfant difficile » soit normal, l'analyse des items nous révèle par ailleurs que la mère rapporte être d'accord avec les énoncés suivants : « Mon enfant s'emporte facilement pour des petites choses »; « L'horaire de sommeil ou de repas de mon enfant a été beaucoup plus difficile à établir que je le croyais »; et « Il y a certaines choses que mon enfant fait qui me dérangent vraiment beaucoup ».

### **Historique et qualité des relations de couple de la mère**

Depuis la naissance de sa fille, cette mère a eu trois conjoints incluant le père biologique de sa fille. D'ailleurs, elle a vécu environ deux ans avec ce dernier (conjoint #1). Par la suite, elle a eu un conjoint (conjoint #2) pendant deux ans et trois mois avec qui elle a habité. Suite à la rupture avec cet homme, elle a été célibataire pendant un mois. Elle a eu un autre conjoint (conjoint #3) pendant un an et un mois qui a fréquenté régulièrement le domicile sans toutefois y habiter. Depuis cette rupture, elle est célibataire.

Concernant la qualité des relations conjugales que la mère a entretenues avec ces hommes, elle indique qu'elle a quelquefois été victime de violence conjugale verbale avec le conjoint #1, qu'elle a quelquefois été victime de violence conjugale physique avec son conjoint #2, et elle rapporte n'avoir vécu aucune violence conjugale sexuelle.

**Réseau social de la mère**

La mère rapporte fréquenter sa parenté, ses voisins, ses amis(es) et les professionnels de façon régulière.

**Utilisation par la famille de services communautaires et professionnels**

La mère rapporte que, dans les 12 mois précédant la visite au domicile, la mère et l'enfant ont reçu différents services du CLSC et de la Protection de la jeunesse, en plus d'avoir recours à certaines ressources communautaires. Concernant la mère, celle-ci a reçu un suivi psychosocial au CLSC, un suivi psychosocial et les services d'une « Famille soutien » (éducatrice à domicile) au Centre Jeunesse (Protection de la jeunesse), et de l'aide alimentaire par une ressource communautaire. Quant à la fillette, celle-ci a reçu un suivi psychosocial et des services d'orthophonie au CLSC et un suivi psychosocial au Centre Jeunesse.

**Description de la dyade B**

L'ensemble des données correspondant à la dyade B sont présentées dans la colonne de droite du Tableau 2.

**Données sociodémographiques**

La fillette de cette dyade est âgée de cinq ans et elle est la deuxième d'une famille de trois enfants. Elle a une sœur aînée âgée de 10 ans et une sœur cadette âgée de quatre ans. Lors de la visite au domicile la mère était âgée de 30 ans, mais elle avait 19 ans

lorsqu'elle a donné naissance à son premier enfant. La mère a l'équivalent d'un deuxième secondaire. Comme elle est mère au foyer, elle bénéficie des prestations de l'Aide sociale et des allocations familiales. Le revenu familial annuel brut se situe entre 10 000 \$ et 15 000 \$. Il est à noter que la mère est monoparentale, toutefois, elle a un conjoint qui fréquente régulièrement le domicile familial même s'il n'y habite pas.

### **Symptômes de traumatisme complexe de la mère**

**Symptômes traumatiques (TSI).** Les résultats de ce questionnaire démontrent des difficultés significatives chez la mère concernant l'échelle « Hypervigilance » (score = 72) et l'échelle « Évitement » (score = 66). L'hypervigilance chez la mère se manifeste entre autres par le fait qu'elle se sent souvent tendue ou stressée, qu'elle s'inquiète souvent à propos de toutes sortes de choses, que souvent elle sursaute ou est effrayée par des bruits soudains, qu'elle a parfois peur de mourir ou d'être blessée et qu'elle a parfois des épisodes de tremblements. Concernant l'échelle « Évitement », nous pouvons constater que la mère est aux prises avec des souvenirs douloureux du passé (ex : essayer souvent d'oublier un mauvais moment dans sa vie, chasser souvent de son esprit des souvenirs douloureux, essayer souvent de chasser certains souvenirs, s'empêcher parfois de penser au passé, essayer parfois de ne pas se laisser envahir par de mauvais sentiments à propos du passé, essayer parfois de n'avoir aucun sentiment à propos de quelque chose qui l'a déjà blessée et essayer parfois de ne pas penser ou de ne pas parler de choses qui ont été douloureuses dans sa vie).

Pour ce qui est des autres échelles, soit « Dépression », « Colère/Irritabilité », « Expériences intrusives », « Dissociation », « Préoccupations sexuelles », « Comportements sexuels dysfonctionnels », « Perturbations de l'identité » et « Comportements réducteurs de tension », la mère de la dyade B se situe dans la zone normale. Toutefois, l'analyse des items nous permet de constater que cette mère se sent souvent fatiguée, qu'elle a souvent des relations sexuelles qui doivent être gardées secrètes, qu'elle a parfois des douleurs physiques, qu'elle peut parfois devenir confuse à propos de ce qu'elle pense ou croit, qu'elle se sent parfois fâchée ou en colère à l'intérieur, qu'il lui arrive parfois pendant un court moment de voir ou entendre quelque chose de bouleversant qui est arrivé antérieurement et que ses sentiments ou ses pensées changent parfois lorsqu'elle est avec d'autres personnes.

**Symptômes du trouble de la personnalité limite (IASC).** L'ensemble des réponses au IASC démontrent que cette mère est aux prises avec plusieurs difficultés psychologiques en lien avec le TPL. Les échelles « Conflits interpersonnels » (score = 72), « Idéalisation/Dévalorisation » (score = 86) et « Difficultés de régulation émotionnelle » (score = 81) révèlent des scores cliniques très élevés, alors que les échelles « Anxiété d'abandon » (score = 69) et « Problème d'identité » (score = 68) montrent des scores cliniques élevés. Les échelles « Vulnérabilité à se faire influencer » (score = 59) et « Activités pour diminuer la tension » (score = 60) montrent des scores normaux.

L'examen des réponses de la mère aux différentes questions indiquent : que cette mère a des conflits interpersonnels importants (ex : a quelquefois beaucoup de hauts et de bas dans ses relations avec les autres, a quelquefois de la difficulté à s'entendre avec les gens au travail, à l'école, ou dans son voisinage); qu'elle utilise fréquemment les mécanismes de défense « Idéalisation/dévalorisation » (ex : il lui arrive très souvent de détester soudainement quelqu'un qu'elle aimait beaucoup auparavant, il lui arrive souvent que ses sentiments à propos des gens changent rapidement de bons à mauvais); qu'elle est très anxieuse à l'idée de se faire abandonner (ex : a souvent peur que quelqu'un qui lui est cher puisse la quitter); qu'elle a des problèmes d'identité (ex : souhaite souvent mieux se comprendre elle-même, est quelquefois confuse à propos de ce qu'elle veut dans la vie); et qu'elle a des difficultés de régulation émotionnelle (ex : a souvent beaucoup de difficulté à se calmer quand elle est fâchée, son humeur change quelquefois rapidement).

**Symptômes dissociatifs (DES).** Les résultats de la mère au questionnaire sur la dissociation indiquent un score global de 14 qui se situe dans la zone normale (point de coupure = 30). Donc, selon les critères d'évaluation, cette mère n'a pas de difficultés significatives liées à la dissociation.

### **Qualité de la relation mère-enfant**

**Qualité de la communication socio-affective mère-enfant.** L'observation des interactions mère-enfant filmées lors de la période de collation révèle une qualité

interactionnelle dysfonctionnelle (score global = 1/7). Pour les échelles « Coordination », « Rôle », « Expression émotionnelle », « Sensibilité/Réponse appropriée », « Humeur » et « Plaisir » le score est de 1/7 alors que pour les échelles « Communication » et « Tension/Relaxation » le score est de 2/7.

De façon générale, on constate durant la collation que la mère n'a pas manifesté de comportements nous permettant d'observer qu'elle est en mesure de se mettre au niveau de son enfant, de décoder ses besoins, d'être sensible à sa réalité affective et d'assumer son rôle de parent (ex : la fillette veut jouer au « Tic tac toe », mais elle ne sait pas trop comment jouer, alors la mère semble en profiter pour avoir la chance de gagner sans expliquer à sa fille comment jouer et la guider dans les parties suivantes afin que sa fille ait aussi du plaisir plutôt que d'être en colère). De façon plus spécifique, à plusieurs reprises, il a été possible d'observer des comportements particulièrement insensibles de la part de la mère (ex : elle rit lorsque sa fille est en colère ou déçue de ne pas gagner au « Tic tac toe »). Au niveau de la communication, les échanges verbaux étaient utilitaires et centrés sur la tâche (ex : « Veux-tu que j'ouvre ton jus? »; « C'est à ton tour. »; « C'est le jeu. »). La mère a toutefois manifesté des comportements ayant pour but de se rapprocher et d'avoir du plaisir avec son enfant, mais ces comportements étaient intrusifs et ne tenaient pas compte de l'intérêt de l'enfant (ex : la mère tentait de chatouiller l'enfant alors que celle-ci était en colère ou entrain de manger et verbalisait clairement qu'elle ne voulait pas se faire chatouiller). Finalement, il a été possible



d'observer beaucoup de tension entre les membres de la dyade : elles se sont chicanées à quelques reprises sans qu'il y ait une résolution adéquate des conflits.

**Perception maternelle de la qualité de la relation mère-enfant.** Les résultats aux échelles du ISP-FB « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle » (score = 46) et « Enfant difficile » (score = 50) indiquent des scores cliniques. Ces résultats signifient que la mère a une perception négative de la relation qu'elle entretient avec son enfant et qu'elle la perçoit comme étant un enfant difficile.

L'analyse des items concernant l'échelle « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle » nous indique plus précisément que la mère rapporte être profondément d'accord avec les énoncés suivants : « Mon enfant me sourit beaucoup moins que je m'y attendais », « Lorsque je fais quelque chose pour mon enfant, il me semble que mes efforts ne sont pas très appréciés », « Lorsque mon enfant joue il ne rit pas souvent », « Mon enfant ne semble pas sourire autant que la plupart des autres enfants » et « Je m'attendais à avoir des rapports plus étroits et plus chaleureux avec mon enfant que ceux que j'ai présentement et cela me préoccupe ». Puis la mère rapporte être d'accord avec les énoncés suivants : « Mon enfant fait rarement des choses qui me font plaisir », « Mon enfant n'a pas autant de capacités que je m'y attendais » et « Quelquefois mon enfant fait des choses qui me dérangent juste pour être méchant ».

Puis l'analyse des items de l'échelle « Enfant difficile » nous révèle que la mère est profondément d'accord avec les énoncés suivants : « J'ai l'impression que mon enfant possède une humeur instable et qu'il se fâche facilement », « Mon enfant s'emporte facilement pour des petites choses », « L'horaire de sommeil ou de repas de mon enfant a été beaucoup plus difficile à établir que je croyais », « Mon enfant est devenu plus problématique que je m'y attendais » et « Mon enfant exige plus de moi que la plupart des enfants ». Puis la mère rapporte être d'accord avec les énoncés suivants : « Mon enfant se réveille en général de mauvaise humeur », « Mon enfant fait certaines choses qui me dérangent beaucoup » et « Mon enfant réagit vivement lorsqu'il se produit quelque chose qu'il n'aime pas ».

### **Historique et qualité des relations de couple de la mère**

Le passé amoureux de la mère révèle qu'elle a été en couple avec le père de l'enfant pendant sept ans et qu'ils se sont séparés quand la fillette avait environ deux ans. Par la suite, elle est restée célibataire durant 10 mois et elle a rencontré son conjoint actuel (conjoint #2), avec qui elle est en couple depuis ce temps.

Concernant la qualité des relations conjugales que la mère a entretenues avec ces hommes, elle indique qu'elle a été quelquefois victime de violence conjugale physique avec son conjoint #1, qu'elle est régulièrement victime de violence conjugale verbale avec son conjoint actuel (conjoint #2), mais qu'elle n'a jamais été victime de violence conjugale sexuelle.

**Réseau social de la mère**

La mère rapporte fréquenter sa parenté et les professionnels de façon occasionnelle, alors qu'elle fréquente ses voisins et ses amis(es) régulièrement.

**Utilisation par la famille de services communautaires et professionnels**

La mère rapporte que dans les 12 mois précédant la visite au domicile, la mère et l'enfant ont reçu des services du CLSC et de la Protection de la jeunesse. Concernant la mère, celle-ci a reçu un suivi psychosocial au CLSC. Puis la fillette, quant à elle, a reçu des services d'orthophonie au CLSC. Il est à noter que les services de la Protection de la jeunesse ont évalué un signalement concernant chacun des enfants de la famille qui s'est avéré non fondé.

## **Discussion**

Nous savons que la maltraitance subie durant l'enfance engendre une panoplie de conséquences qui affectent l'ensemble des sphères de développement et qui ont le potentiel de perturber le fonctionnement psychologique de la victime tout au long de sa vie (Cicchetti & Lynch, 1993; Cicchetti & Rogosch, 1996; Cicchetti et al., 2000; Cicchetti & Valentino, 2006; Manly et al., 2001; Wekerle & Wolfe, 2003; Widom, 2000). Le traumatisme psychologique complexe est un concept théorique et clinique de plus en plus utilisé pour représenter les perturbations particulièrement sévères et étendues pouvant résulter de l'exposition à des traumatismes de nature chronique et interpersonnelle comme la maltraitance (Browne & Winkelmann, 2007; Cook et al., 2005; Courtois, 2004; Courtois & Ford, 2009; Herman, 1992). Ces perturbations affectent de façon importante le fonctionnement de l'individu dans de multiples domaines, tels le développement de l'identité, les relations interpersonnelles et les capacités de régulation émotionnelle et comportementale, pour n'en nommer que quelques-uns. Toutefois, jusqu'à maintenant, aucune étude ne s'est arrêtée à investiguer le rôle que peut avoir le traumatisme psychologique complexe dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance.

La présente section servira à interpréter et commenter les résultats des deux études de cas descriptives, dont l'objectif principal était d'examiner, sous un mode exploratoire, le rôle du traumatisme psychologique complexe dans la transmission

intergénérationnelle de la maltraitance et dans la qualité de la relation mère-enfant. Tel que mentionné précédemment, la qualité de la relation mère-enfant fut évaluée par le biais d'une mesure observationnelle de la qualité de la communication socio-affective mère-enfant et par un questionnaire auto-rapporté investiguant la perception maternelle de la qualité de la relation mère-enfant. Comme le concept de traumatisme complexe n'a pas encore de critère diagnostique officiellement accepté et précisément défini, nous avons regroupé les symptômes de l'ÉSPT, du TPL et de la dissociation afin de représenter le plus fidèlement possible l'ensemble des difficultés retrouvées chez les personnes ayant un traumatisme psychologique complexe.

#### **Traumatisme psychologique complexe en lien avec la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et la relation mère-enfant**

Nous avons émis comme première hypothèse que le traumatisme psychologique complexe serait associé à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Dans cette optique, nous avons présumé que Madame A (mère dont l'enfant est suivie par la Protection de la jeunesse) présenterait des symptômes du traumatisme psychologique complexe, alors que Madame B (mère dont l'enfant n'est pas suivie par la Protection de la jeunesse) en présenterait peu ou pas. Tel que mentionné ci-haut, il n'existe pas de mesure spécifique pour évaluer le traumatisme complexe, donc nous avons utilisé trois questionnaires relevant les symptômes traumatiques (TSI), les symptômes du TPL (IASC) et les symptômes dissociatifs (DES). En regard des résultats obtenus, notre hypothèse n'est pas appuyée puisque les deux mères présentent des symptômes du traumatisme psychologique complexe. Les résultats obtenus nous montrent que les deux

mères ont un portrait clinique semblable quant aux symptômes du TPL, c'est-à-dire que Madame A a obtenu un score clinique à chacune des échelles du questionnaire et que Madame B a obtenu un score clinique à la majorité des échelles à l'exception des échelles « Vulnérabilité à se faire influencer » et « Activité pour diminuer la tension ». Les deux mères rapportent peu de symptômes liés à l'ÉSPT. En effet, Madame A n'a rapporté aucun symptôme lié à l'ÉSPT, à l'exception des symptômes de « Comportements sexuels dysfonctionnels » pour lesquels elle a obtenu un score clinique. Quant à Madame B, elle a eu un score clinique aux échelles « Hypervigilance » et « Évitement ». Toutefois, les résultats liés aux symptômes dissociatifs révèlent des différences entre les deux mères. Ainsi, Madame A se situe à un point du score clinique pour les symptômes dissociatifs, tandis que Madame B se trouve dans la zone normale et bien en deçà du score clinique. Par conséquent, nos résultats semblent suggérer que le traumatisme psychologique complexe (qui englobe une grande variété de symptômes cliniques) n'est pas impliqué dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance, alors que la dissociation (phénomène clinique plus circonscrit qui est caractérisé par un manque d'intégration des fonctions psychiques) jouerait peut-être un rôle. En effet, contrairement à Madame B qui ne rapporte pas de difficultés liées à la dissociation et qui n'a pas reproduit la maltraitance, Madame A rapporte des difficultés liées à la dissociation et a reproduit la maltraitance envers son enfant (maltraitance psychologique et négligence physique). Ainsi, nos résultats sont cohérents avec les études qui ont démontré que la dissociation joue un rôle important dans la transmission

intergénérationnelle de la maltraitance (Egeland & Susman-Stillman, 1996; Narang & Contreras, 2005).

De plus, nous avons également supposé que la présence de symptômes liés au traumatisme psychologique complexe serait associée à une moins bonne qualité de la relation mère-enfant. La qualité de la relation mère-enfant fut évaluée selon deux mesures : 1) une mesure observationnelle de l'interaction mère-enfant afin de qualifier la communication socio-affective et 2) une mesure rapportant la perception maternelle de la qualité relationnelle mère-enfant selon deux échelles du questionnaire ISP-FB, soit « Interaction parent-enfant dysfonctionnelle » et « Enfant difficile ». L'observation de la qualité de la communication socio-affective de la dyade A a démontré une perturbation majeure au sein de la relation. En effet, Madame A s'est en quelque sorte retirée de la relation, en exprimant par son état apathique (elle s'est couchée au sol) une grande insensibilité et indisponibilité, et on a pu observer, chez son enfant, des comportements de renversement de rôle (ex : prendre soin de sa mère, essayer de la guérir). Dans le cas de la dyade B, la qualité de la relation était très perturbée, quoique de façon différente. Il y avait plus d'interactions entre Madame B et son enfant, mais Madame B manifestait de l'insensibilité par des comportements intrusifs, par son incapacité à considérer les intérêts de son enfant et par sa grande difficulté à se mettre au niveau de son enfant. Toutefois, contrairement à Madame A, Madame B a tout de même démontré un intérêt à être en relation avec sa fille et à avoir du plaisir avec elle, même si ses comportements étaient plutôt inadéquats et inadaptés aux besoins de son enfant. Par conséquent, notre



hypothèse d'un lien entre le traumatisme complexe et des difficultés importantes dans la relation mère-enfant est appuyée par les résultats, puisque Madame A et Madame B présentent toutes les deux des symptômes de traumatisme psychologique complexe et ont une mauvaise qualité relationnelle avec leur enfant telle qu'observée lors de la période de la collation. Ce résultat est cohérent avec les écrits théoriques et empiriques du domaine de l'attachement qui avancent que la maltraitance subie durant l'enfance bouleverse le développement des modèles internes opérants d'une personne, ce qui risque de perturber les relations sociales ultérieures et de contribuer à la transmission intergénérationnelle de patrons relationnels parent-enfant dysfonctionnels (Bretherton & Munholland, 2008; George, 1996; George & Solomon, 1999).

L'hypothèse d'un lien entre le traumatisme psychologique complexe et des difficultés dans la relation mère-enfant n'est toutefois pas appuyée par nos résultats quand on considère la perception des mères de la qualité relationnelle avec leur enfant. Dans la situation de la dyade A, les résultats obtenus indiquent que Madame A rapporte être satisfaite de la relation qu'elle entretient avec son enfant : ses scores aux échelles « Interactions parent-enfant » et « Enfant difficile » se situent dans la zone normale, bien en-deçà du seuil clinique. La perception que cette mère a de la relation avec sa fille va donc à l'encontre de l'évaluation faite par un observateur indépendant des interactions mère-enfant filmées au laboratoire de recherche. Il est possible de présumer que les symptômes dissociatifs de Madame A puissent l'amener à avoir des perceptions caractérisées par des distorsions cognitives, de l'incohérence et de l'idéalisation, et

qu'ils l'empêchent d'avoir une évaluation juste de la relation qu'elle entretient avec sa fille. Quant à Madame B, les résultats montrent qu'elle a une perception négative de la relation qu'elle partage avec sa fille et qu'elle la perçoit comme une enfant difficile. Sa perception semble assez cohérente avec l'évaluation de la qualité relationnelle qui a été faite par l'observateur indépendant lors de l'interaction mère-enfant durant la période de collation. Sur cet aspect, il est important de se rappeler que Madame B ne manifeste pas de problèmes liés à la dissociation, donc cela lui permet peut-être davantage que Madame A d'être en contact avec la réalité relationnelle vécue avec son enfant. Malgré qu'elle soit aux prises avec d'autres symptômes cliniques (ex : anxiété d'abandon, évitement, difficulté de régulation émotionnelle, hypervigilance), ceux-ci n'empêchent pas Madame B de voir les difficultés relationnelles vécues avec sa fille. Par conséquent, dans le cas de Madame B, on peut penser que les symptômes liés au traumatisme complexe perturbent la qualité de la relation qu'elle a avec sa fille, mais n'affectent pas sa perception de son enfant. Toutefois, comme le ISP – FB ne mesure pas la perception de la mère concernant l'impact de ses comportements sur son enfant, nous devons considérer qu'il est possible que les symptômes du traumatisme complexe puissent tout de même affecter les capacités de la mère à reconnaître ses propres difficultés et, par conséquent, sa perception de l'aspect dyadique de la relation et le rôle qu'elle-même peut jouer dans la qualité de cette relation. À cet effet, il est possible que la mère de la dyade B ne soit pas en mesure d'identifier ses propres difficultés et ainsi avoir de la difficulté à départager ses difficultés de celles de son enfant.

### **Violence conjugale en lien avec la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et la relation mère-enfant**

Nous avons aussi formulé l'hypothèse selon laquelle la présence de violence conjugale serait reliée à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Les données recueillies révèlent que Madame A rapporte avoir vécu de la violence conjugale verbale et physique depuis la naissance de sa fille. Il faut toutefois mentionner que, lors de la participation de Madame A au projet de recherche, celle-ci était célibataire depuis quelques mois, et donc n'était victime d'aucune forme de violence conjugale. Concernant Madame B, celle-ci rapporte aussi avoir vécu de la violence conjugale verbale et physique auparavant, et elle signale qu'au moment de sa participation au projet de recherche, elle subissait de la violence conjugale verbale de façon régulière. En regard de ces résultats, notre hypothèse évoquant que la violence conjugale est reliée à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance n'est pas appuyée, puisque chacune des deux mères a été victime de violence conjugale dans le passé et que ce n'est que Madame A qui reproduit le cycle de la maltraitance envers sa fille, alors que Madame B n'a pas de conduites maltraitantes avec son enfant bien qu'elle soit régulièrement victime de violence verbale.

D'autre part, l'hypothèse à l'effet que la violence conjugale serait liée à une moins bonne qualité relationnelle mère-enfant est appuyée, puisque Madame A et Madame B ont toutes deux vécu de la violence conjugale dans le passé et que la qualité de la relation mère-enfant est fortement perturbée chez les deux dyades. Ces résultats convergent avec ceux d'études antérieures qui montrent que la revictimisation à l'âge

adulte par la violence conjugale affecte la qualité et la quantité de soutien et de réconfort que les mères devraient normalement offrir à leur enfant (Levendosky & Graham-Bermann, 2000; McCloskey et al., 1995). Ces résultats sont également cohérents avec les recherches qui montrent que les mères ayant vécu de la maltraitance durant l'enfance sont plus à risque à l'âge adulte d'avoir des problèmes relationnels (Elliot et al., 2005; Muller et al., 2008; Weisbart et al., 2008), et d'être revictimisées, entre autres en subissant de la violence conjugale (Cort et al., 2011). Selon certains auteurs, le risque accru de revictimisation serait attribuable à la présence, chez cette population, de distorsions socio-cognitives découlant de modèles internes opérants perturbés (Belsky, 1993; Kotch et al., 1999).

#### **Réseau social en lien avec la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et la relation mère-enfant**

Finalement, notre dernière hypothèse évoquait que la présence d'un bon réseau social représenterait un facteur de protection ayant le potentiel de diminuer le risque de transmission intergénérationnelle de la maltraitance, en plus de favoriser une meilleure qualité de la relation mère-enfant. Les données recueillies auprès de chacune des mères démontrent un portrait plutôt semblable de la fréquence de fréquentations de leur réseau social et des services utilisés dans la dernière année. En effet, toutes deux voyaient de façon régulière les différents membres de leur réseau social (parenté, voisins, amis, professionnels), excepté que Madame B voyait les professionnels de façon occasionnelle, et elles ont utilisé des services communautaires et professionnels plutôt semblables, à l'exception de Madame A qui a bénéficié d'un plus grand nombre de

services, dont les services de la Protection de la jeunesse. Ainsi, l'hypothèse selon laquelle la présence d'un bon réseau social représente un facteur de protection ayant le potentiel de diminuer le risque de transmission intergénérationnelle de la maltraitance n'est pas appuyée, puisque Madame A a reproduit la maltraitance malgré l'aide reçue par plusieurs professionnels et la fréquentation régulière de son réseau social. Dans le cas de Madame B, il est possible que les services professionnels reçus et la fréquentation de son réseau social aient pu procurer un soutien bénéfique ayant le potentiel d'entraver la reproduction de la maltraitance, malgré la présence des facteurs de risque tels que les symptômes liés au traumatisme complexe et la victimisation actuelle par la violence conjugale. Par ailleurs, l'hypothèse concernant le rôle de facteur de protection d'un bon réseau social sur la qualité relationnelle mère-enfant est également infirmée, puisque les deux mères ont une relation perturbée avec leur enfant malgré qu'elles aient bénéficié de services communautaires et professionnels, et qu'elles aient fréquenté régulièrement les différents membres de leur réseau social. Toutefois, il est important de souligner que nous ne connaissons pas la qualité du soutien que le réseau social de chacune des deux mères leur a apporté. Quant à Madame B, les services qu'elle et sa fille ont reçus ont peut-être permis d'atténuer certaines difficultés relationnelles et peut-être même d'avoir entravé la manifestation de comportements maltraitants envers sa fille. D'un autre côté, il est clair que la violence conjugale dont elle est victime régulièrement par son conjoint (qui est un membre de son réseau social) représente un facteur de risque sérieux et inquiétant.

### **Forces et limites**

Tout d'abord, une première contribution de la présente recherche concerne le fait qu'il n'y a aucune étude, à notre connaissance, qui se soit intéressée spécifiquement au rôle que peut jouer le traumatisme psychologique complexe dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. De plus, malgré le fait qu'il n'existe pas encore de mesure spécifique pour évaluer et identifier les symptômes de traumatisme psychologique complexe, nous avons choisi et mis en commun certains outils d'évaluation permettant d'évaluer l'ensemble des sphères généralement incluses dans ce trouble, soit les symptômes traumatiques, les symptômes du TPL et la dissociation. D'ailleurs, la variété des mesures utilisées représente un autre point fort de la présente étude, puisque nous avons des informations provenant de la Protection de la jeunesse quant aux motifs de signalement de l'enfant A, des mesures auto-rapportés complétées par les mères, en plus d'avoir inclus deux mesures de la relation mère-enfant : une mesure observationnelle et une mesure de la perception maternelle. Les qualités psychométriques de chacune des mesures utilisées avaient été démontrées dans des études antérieures, ce qui justifie le choix de ces mesures et appuie la qualité des informations que l'on peut en soutirer. Quant à la mesure observationnelle, il est indéniable qu'elle représente une source riche de données concernant la qualité des interactions parent-enfant, puisqu'elle permet d'avoir un point de vue extérieur aux perceptions des participantes de la présente étude de cas. D'autre part, la similarité des participants choisis (mères ayant des expériences similaires de maltraitance vécues

durant l'enfance et qui ont chacune une fille du même groupe d'âge) a donné de la validité à notre analyse comparative.

En contrepartie, nous devons rappeler que cette étude de cas exploratoire a été réalisée à partir de seulement deux dyades mère-fille, il n'est donc pas possible de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population ciblée, on ne peut que se questionner et réfléchir à d'éventuelles hypothèses ou pistes de recherches. Il est également important de souligner que l'ensemble des mesures utilisées pour qualifier la maltraitance vécue par la mère durant l'enfance et évaluer les symptômes de traumatisme complexe étaient des questionnaires auto-rapportés, et qu'il s'agit de mesures rétrospectives dans le cas de la maltraitance subie durant l'enfance. Donc il est fort possible que les réponses aient pu être biaisées par des déficits de la mémoire, des perceptions erronées et la peur d'être jugée en fonction des réponses données. De plus, une limite importante à considérer concerne le fait que la dyade B n'a pas totalement répondu au critère de la « non reproduction » de la maltraitance, puisqu'un signalement a été émis à la DPJ pour cette dyade. Malgré le fait qu'il n'ait pas été fondé, nous devons considérer que le niveau de risque de reproduction de la maltraitance soit peut-être plus élevé chez cette dyade que nous l'avions cru au départ. D'autre part, les mesures utilisées pour évaluer le réseau social de chacune des mères, ne donnaient pas d'informations concernant la qualité du soutien obtenu. À cet effet, les recherches ultérieures devraient utiliser des mesures permettant de qualifier le soutien que le réseau social offre à la mère ou au parent participant à l'étude, permettant ainsi de savoir s'il

représente un facteur de protection ou un facteur de risque. En ce qui concerne la violence conjugale, l'utilisation d'une mesure permettant une évaluation plus précise qui tienne compte de la fréquence et de l'intensité des épisodes de violence pourrait peut-être faire ressortir davantage de liens avec le traumatisme complexe et la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. La réalisation d'une étude prospective longitudinale auprès d'un plus grand échantillon de participants permettrait de vérifier avec une plus grande validité et objectivité les hypothèses que nous avons émises. De plus, utiliser des entrevues diagnostiques semi-structurées pourrait sans doute permettre d'avoir accès à des informations cliniques plus précises concernant la présence ou non de symptômes de traumatisme complexe. Par ailleurs, il serait aussi intéressant d'inclure des observations de la relation mère-enfant dans plusieurs contextes interactionnels (structurés et non-structurés, à la maison et au laboratoire). Enfin, s'intéresser en plus aux dyades mère-fils, père-fille et père-fils pourraient également permettre de distinguer les différences possibles entre les mères et les pères et de vérifier si le sexe de l'enfant a un impact quelconque dans la relation parent-enfant auprès de parents ayant ou non un traumatisme psychologique complexe et qui reproduisent ou non la maltraitance.



## **Conclusion**

Par le biais de cette étude de cas exploratoire, nous avons été en mesure de constater que certains résultats sont cohérents avec les études antérieures, soit que le traumatisme psychologique complexe et la violence conjugale affectent la qualité de la relation mère-fille. En contrepartie, les résultats n'ont pas été concluants quant au rôle du traumatisme complexe dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Les résultats nous ont plutôt amené à considérer que, tel que suggéré dans les études de Egeland et Susman-Stillman (1996) et de Narang et Contreras (2005), la dissociation jouerait un rôle dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance, possiblement en regard des conséquences qu'elle engendre sur les modèles représentationnels de la mère, telles que l'idéalisation (rendre la réalité plus belle qu'elle ne l'est en réalité), l'incohérence et les distorsions cognitives. Finalement, les hypothèses émises quant au rôle du réseau social dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et dans la qualité de la relation mère-enfant n'ont pas été appuyées, suggérant qu'il faut peut-être également prendre en compte la qualité du soutien offert par le réseau social.

Il est important de considérer les retombées cliniques de cet essai doctoral. Ainsi, nous savons par l'entremise d'études antérieures que la maltraitance engendre des conséquences ayant le potentiel d'affecter le fonctionnement psychologique de la victime tout au long de sa vie (Cicchetti & Lynch, 1993; Cicchetti & Rogosh, 1996; Manly et al., 2001; Widom, 2000). Nous savons que plus nous intervenons tôt dans la

vie d'un individu, plus nous augmentons les facteurs de protection et diminuons les facteurs de risque. D'ailleurs, la mission de la Protection de la jeunesse est d'assurer la sécurité et le développement des enfants en intervenant auprès de l'enfant et sa famille dans le but de diminuer les difficultés développementales, individuelles, familiales et sociales (Association des centres jeunesse du Québec, 2012). Toutefois, les ressources professionnelles ne sont pas suffisantes pour intervenir avec rigueur auprès de chacune des familles touchées par ce fléau, sans oublier que plusieurs victimes de maltraitance ne sont pas signalées et n'ont donc pas recours à l'aide dont elles auraient besoin pour atténuer les multiples conséquences de cette victimisation chronique.

Le traumatisme psychologique complexe représente bien la diversité des perturbations sévères que l'on peut identifier chez les victimes de maltraitance (Cook et al., 2005; Courtois, 2004; Courtois & Ford, 2009). Évidemment, l'appellation du traumatisme complexe nous sensibilise à la complexité des difficultés impliquées et, par conséquent, à la complexité des enjeux thérapeutiques à considérer dans les méthodes d'évaluation et les modèles d'intervention à mettre en place. En 2009, Briere et Spinazzola ont rappelé la fonction fondamentale de procéder à une évaluation du fonctionnement psychologique de la personne en difficulté, c'est-à-dire de dresser un portrait clinique spécifique à la victime (toutes les victimes ne manifestent pas leurs difficultés de la même façon) permettant par la suite d'établir un plan de traitement complet et adapté aux besoins du client. À cet effet, nos résultats démontrent bien que malgré que les deux mères soient aux prises avec des symptômes de traumatisme

complexe, elles ont des profils symptomatologiques différents (en particulier en ce qui a trait aux symptômes dissociatifs) qui ont le potentiel d'influencer les objectifs d'intervention à mettre en place. De plus, comme il n'existe pas d'outil d'évaluation spécifique au traumatisme complexe, Briere et Spinazzola recommandent d'utiliser un ensemble de mesures touchant le fonctionnement psychologique général, les symptômes de l'ÉSPT, la structure de la personnalité, les distorsions cognitives, les symptômes dissociatifs et la présence de comportements dysfonctionnels. Ils ajoutent également que l'utilisation de tests projectifs, comme le Rorschach, et d'entrevues structurées (ou semi-structurées) sont également des mesures d'évaluation pertinentes à utiliser. De son côté, Brown (2009) nous sensibilise à l'importance d'évaluer le style d'attachement, par l'entremise d'entrevues structurées (ou semi-structurées) qui nous donnent accès aux modèles internes opérants et, par conséquent, au mode relationnel de la personne interrogée. Comme le traumatisme complexe découle d'un traumatisme relationnel, il est impératif d'avoir accès au contenu qualitatif des traumatismes vécus et aux représentations mentales que la personne a d'elle-même, des autres et d'elle en relation avec les autres, puisque ces informations nous permettent d'identifier les traumatismes non résolus et les comportements, pensées et émotions susceptibles d'être adoptés ou exprimés lorsqu'elle est en interaction avec autrui, particulièrement avec son enfant. Les études antérieures ont bien démontré l'influence des modèles internes opérants sur le développement de la personnalité, l'adaptation sociale et la transmission intergénérationnelle des patrons relationnels parent-enfant (Bretherton & Munholland, 2008; George, 1996; George & Solomon, 1999). Dans notre étude de cas, nous sommes

en mesure de constater que les mères ont toutes deux des symptômes de traumatisme complexe et que la qualité de la relation mère-enfant est perturbée de façon différente sans toutefois connaître précisément les modèles internes qu'elles ont intégrés de leur expérience relationnelle avec leur(s) donneur(s) de soins.

Ainsi, suite à l'évaluation, il est possible de définir les interventions à mettre en place, puisque les difficultés ont été identifiées de façon précise et documentées en profondeur. La complexité de l'intervention découle du fait qu'elle doit s'adapter à la singularité de chaque individu et à la complexité de la problématique. À cet effet, les deux mères de l'étude de cas présentent un portrait clinique différent, par conséquent, le plan de traitement sera différent sur certains aspects. Pour Madame A, il est important de considérer les symptômes dissociatifs qu'elle présente puisqu'ils peuvent affecter sa perception de la réalité et les processus de communication relationnelle. Donc, en regard des études qui ont démontré le rôle important que peut jouer la dissociation dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance (Egeland & Susman-Stillman, 1996; Narang & Contreras, 2005), l'intervention thérapeutique devrait d'abord se centrer sur les symptômes dissociatifs afin que Madame A soit en mesure de reconnaître et d'intégrer les expériences traumatiques qu'elle a vécues dans le but d'enrayer les déficits mnésiques, les difficultés liées au traitement de l'information et les problèmes reliés au processus identitaire.

Par la suite, il sera possible d'intervenir sur les autres symptômes touchant, entre autres, les capacités de régulation émotionnelle et comportementale, les habiletés sociales et les distorsions cognitives. En 2001, De Bellis a souligné que la maltraitance subie durant l'enfance et les facteurs de risque associés sont possiblement le résultat de l'absence de traitement des problèmes psychologiques découlant de l'ÉSPT (qui incluent souvent la dissociation) et des conséquences développementales de l'ÉSPT. Ainsi, une façon de briser le cycle de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance existe déjà, soit d'identifier et de traiter l'ÉSPT et les autres symptômes présents en comorbidité chez le(s) donneur(s) de soins et leur(s) enfant(s) victime(s) de maltraitance (De Bellis, 2001).

À cet effet, Courtois, Ford et Cloitre (2009) ont identifié sept objectifs d'intervention, par l'entremise d'un modèle thérapeutique nommé « Phase-oriented treatment », soit la régulation des émotions, les capacités attentionnelles et l'état de conscience (ex : dissociation), le concept de soi, la perception de l'abuseur, les relations interpersonnelles, la santé physique (ex : somatisation, problèmes médicaux) et les perspectives d'avenir (ex : capacité de s'en sortir, aide disponible). Ce modèle d'intervention se divise en trois phases. La première phase est centrée sur l'instauration de la sécurité et de la stabilité (conditions essentielles à l'atteinte des objectifs de traitement) dans la relation thérapeutique. Considérée comme étant la phase la plus longue, elle permet d'établir le lien de confiance, d'améliorer les habiletés du client à gérer ses états d'hypervigilance, de reconnaître et ressentir ses émotions (ex : gestion des

symptômes de l'ÉSPT, soit l'évitement, la reviviscence et l'hypervigilance), d'expliquer ce qu'est le traumatisme et ses conséquences afin que le client comprenne ses réactions et développe de l'empathie envers lui-même, d'améliorer la perception que le client a de lui-même et de développer ses capacités relationnelles. Ensuite, la deuxième phase s'attarde aux processus mnésiques des souvenirs traumatiques. Le thérapeute et le client réalisent progressivement l'autobiographie du client afin que celui-ci arrive à trouver un sens cohérent et intégré de son histoire, en incluant les expériences traumatiques, en plus de se réapproprier le pouvoir et le contrôle de ses souvenirs et de ses pensées (ex : cessation des symptômes de reviviscence). L'atteinte des objectifs thérapeutiques définis dans cette deuxième phase du traitement favorise également le développement de l'estime de soi, puisque le client arrive à reconnaître qu'il a des capacités lui permettant de maintenir un équilibre psychologique malgré son vécu traumatique. La troisième phase, quant à elle, vise à intégrer l'ensemble des notions qui ont été abordées tout au long de la thérapie et de poursuivre certains objectifs thérapeutiques (ex : capacités parentales, intimité). Il est à noter qu'un traitement psychopharmacologique peut généralement être bénéfique dans le processus de traitement d'un client afin de diminuer, par exemple, les symptômes dépressifs et l'anxiété et ainsi permettre à la personne d'être plus disponible à s'investir dans un processus thérapeutique. À cet égard, les modèles de Cook et ses collègues (2005) et de De Bellis (2001) ont bien décrit les processus physiologiques susceptibles d'être affectés par la maltraitance subie durant l'enfance et qui peuvent perdurer à l'âge adulte.

Cette méthode d'intervention permettrait donc aux mères de notre étude de cas d'avoir un espace neutre et soutenant pour exprimer leur souffrance émotionnelle qui s'accompagne d'un ensemble de conséquences biopsychosociales et qui affecte leur fonctionnement psychologique et social, ainsi que la qualité relationnelle avec leur enfant. Le rétablissement d'un fonctionnement affectif et socio-cognitif adéquat (modèles internes opérants plus cohérents) leur permettrait, par conséquent, d'être plus disponibles et aptes à s'investir dans un processus d'intervention relationnelle avec leur enfant dans le but d'améliorer leurs capacités à percevoir et décoder correctement les signaux de leur enfant et à répondre à ses besoins avec cohérence, sensibilité et rapidité. De plus, nous supposons qu'il serait possible d'observer un meilleur fonctionnement psychologique et, par conséquent, une réduction des facteurs de risque présents dans la vie de la personne, tels que diminuer les risques de revictimisation, effectuer un meilleur choix de conjoint(e) ou ami(e), demander de l'aide au besoin, etc. Ainsi, le développement et l'acquisition de meilleures capacités affectives et socio-cognitives (facteurs de protection) favoriseraient un fonctionnement plus adéquat dans les différentes sphères individuelles et sociales (ex : conjugale, familiale, amicale) du parent.

L'intervention auprès de la dyade parent-enfant est importante afin d'améliorer la qualité relationnelle et de contrer la transmission intergénérationnelle des patrons relationnels parent-enfant dysfonctionnels. À cet égard, divers chercheurs ont élaboré une intervention basée sur la théorie de l'attachement ayant pour but d'augmenter la



sensibilité parentale et la qualité de la relation parent-enfant (Bakermans-Kranenburg, Juffer, & van IJzendoorn, 1998; Dozier al., 2006; Moran, Pederson, & Krupka, 2005). En 2011, des chercheurs ont démontré des résultats concluants de l'application, auprès de dyades mère-enfant suivies en Protection de la jeunesse, d'un programme d'intervention relationnelle de courte durée (huit rencontres hebdomadaires), basé sur la théorie de l'attachement (Moss et al., 2011). Les résultats ont démontré, à la suite des huit rencontres, une amélioration de la sensibilité parentale, de la qualité de la relation parent-enfant et de la sécurité d'attachement de l'enfant, ainsi qu'une diminution de la désorganisation de l'attachement. Les rencontres d'intervention durent environ 90 minutes et comprennent quatre phases, soit une discussion sur un thème relatif à la relation parent-enfant, une période de jeu parent-enfant filmé, une période de rétroaction vidéo permettant de discuter de l'expérience relationnelle vécue lors de la période de jeu et de renforcer les comportements sensibles de la mère, et enfin une discussion permettant de souligner l'évolution positive de la dyade et de suggérer des activités favorisant des moments privilégiés avec l'enfant.

Ce programme d'intervention serait indiqué pour les deux dyades de notre étude de cas, puisque chacune des deux mères démontre des comportements insensibles et incohérents envers leur enfant qui, elles, manifestent des comportements d'attachement problématiques (ex : renversement de rôle, comportements colériques). Cette intervention relationnelle pourrait améliorer les patrons relationnels de la dyade et ainsi diminuer les risques de transmission intergénérationnelle de patrons relationnels

dysfonctionnels et que l'enfant développe à son tour un traumatisme psychologique complexe, ou à tout le moins, des modes de relations interpersonnelles perturbées.

Pour conclure, il serait tout à fait pertinent que les recherches futures tentent d'élaborer des outils d'évaluation spécifiques au traumatisme psychologique complexe afin de pouvoir émettre un diagnostic différentiel permettant d'expliquer clairement les difficultés manifestées par la personne évaluée. De plus, il serait intéressant d'évaluer les impacts de la combinaison de l'intervention individuelle auprès de la mère et de l'intervention relationnelle parent-enfant dans le but de déterminer la modalité optimale à adopter. Est-ce préférable d'intervenir auprès de la mère d'abord et ensuite procéder à l'intervention relationnelle? Ou serait-il préférable d'effectuer les deux interventions de façon simultanée? Ou y a-t-il des cas où seule l'une ou l'autre des interventions est nécessaire? Afin de pouvoir intervenir efficacement auprès de cette clientèle, encore beaucoup de notions restent à approfondir en ce qui a trait aux processus impliqués dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et aux paramètres d'évaluation (ex : outils utilisés) et d'intervention du traumatisme psychologique complexe et de la qualité de la relation parent-enfant.

## Références

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting stress index: Professional manual (3<sup>e</sup> éd.)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Abidin, R. R. (1997). Parenting stress index: A measure of the parent-child system. Dans C. P. Zalaquett, & R. J. Wood (Éds), *Evaluating stress: A book of resources* (pp. 277-291). Lanham, MD: Scarecrow.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>e</sup> éd.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>e</sup> éd.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>e</sup> éd. révisée)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ammerman, R. T. (1990). Etiological models of child maltreatment: A behavioral perspective. *Behavior Modification*, 14, 230-254.
- Ards, S., Chung, C., & Meyers, S. L. (1998). The effects of sample selection bias on racial differences in child abuse reporting. *Child Abuse & Neglect*, 22(2), 103-115.
- Association des centres jeunesse du Québec (2011). *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse 2011/ Directeurs provinciaux*. Document repéré à [http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc45b54a12b27e38017be2da39/mes\\_documents/bilans/acj1101\\_bilan\\_dpj\\_2011\\_v7.pdf](http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc45b54a12b27e38017be2da39/mes_documents/bilans/acj1101_bilan_dpj_2011_v7.pdf).
- Association des centres jeunesse du Québec (2012). *Les centres jeunesse, leur mission, leurs ressources humaines*. Document repéré à <http://www.acjq.qc.ca/?39697B18-66EB-4BE1-B9F2-3B097F9C5BD0>.
- Bailey, H. N., Moran, G., & Pederson, D. R. (2007). Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. *Attachment & Human Development*, 9(2), 139-161.

- Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & van IJzendoorn, M. H. (1998). Interventions with video feedback and attachment discussions: Does type of maternal insecurity make a difference? *Infant Mental Health Journal, 19*, 202-219.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Banyard, V. L. (1997). The impact of childhood sexual abuse and family functioning on four dimensions of women's later parenting. *Child Abuse & Neglect, 21*, 1095-1107.
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2003). The impact of complex trauma and depression on parenting: An exploration of mediating risk and protective factors. *Child Maltreatment, 8*(4), 334-349.
- Becker-Lausen, E., & Mallon-Kraft, S. (1997). Pandemic outcomes: The intimacy variable. Dans G. K. Kantor, & J. S. Jasinski (Éds), *Out of the darkness: Current perspectives on family violence* (pp. 49-57). Newbury Park, CA: Sage.
- Becker-Lausen, E., & Rickel, A. U. (1995). Integration of teen pregnancy and child abuse research: Identifying mediator variables for pregnancy outcome. *The Journal of Primary Prevention, 16*(8), 39-53.
- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology, 6*, 5-30.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin, 114*, 413-434.
- Belsky, J., & Jaffee, S. R. (2006). The multiple determinants of parenting. Dans D. Cicchetti, & D. J. Cohen, (Éds), *Developmental psychopathology, Vol. 3: Risk, disorder, and adaptation* (2<sup>e</sup> éd., pp. 38-85). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Berger, L. M. (2004). Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and Youth Services Review, 26*, 725-748.
- Berlin, H. A., Rolls, E. T., & Iversen, S. D. (2005). Borderline personality disorder, impulsivity, and the orbitofrontal cortex. *The American Journal of Psychiatry, 162*(12), 2360-2373.
- Berlin, L. J., Appleyard, K., & Dodge, K. A. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Development, 82*(1), 162-176.

- Bernstein, D., & Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report*. New York, NY: Psychological Corporation.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous & Mental Disease, 174*, 727-735.
- Bornovalova, M. A., Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Rosenthal, Z. M., & Lynch, T. R. (2005). The role of impulsivity in the comorbidity and substance use disorders. *Clinical Psychology Review, 25*(6), 790-812.
- Bowlby, J. (1969). Loss. *Attachment and loss (Vol. 1)*. Attachment. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). Separation: Anxiety and Anger. *Attachment and loss, (Vol. 2)*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). Loss: Sadness and depression. *Attachment and loss (Vol. 3)*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry, 52*, 664-678.
- Bowlby, J. (1984). Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving system. *The American Journal of Psychoanalysis, 44*(1), 9-27.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatric comes of age. *American Journal of Psychiatry, 145*(1), 1-10.
- Bremner, J. D., Southwick, S. M., Johnson, D. R., Yehuda, R., & Charney, D. S. (1993). Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry, 150*(2), 235-239.
- Bremner, J. D., & Vermetten, E. (2001). Stress and development: Behavioral and biological consequences. *Development and Psychopathology, 13*, 473-489.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48*, 216-222.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry, 55*, 626-632.

- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. Dans J. Cassidy, & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2<sup>e</sup> éd., pp. 102-127). New York, NY: Guilford Press.
- Briere, J. (1984). *The effects of childhood sexual abuse on later psychological functioning: Defining a post-sexual abuse syndrome*. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario.
- Briere, J. (1988). Controlling for family variables in abuse effects research. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 80-89.
- Briere, J. (1995). *Trauma symptom inventory: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (1998). *Inventory of altered self-capacities: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., Elliot, D. M., Harris, K., & Cotman, A. (1995). Trauma symptom inventory: Psychometrics and association with childhood and adult victimization in clinical samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(4), 387-401.
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 223-226.
- Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(4), 367-379.
- Briere, J., & Runtz, M. (1988). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse & Neglect*, 12, 331-341.
- Briere, J., & Runtz, M. (1993). Childhood sexual abuse: Long-term sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(3), 312-330.
- Briere, J., & Runtz, M. (2002). The Inventory of altered self-capacities (IASC): A standardized measure of identity, affect, regulation, and relationship disturbance. *Assessment*, 9, 230-239.
- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 401-412.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2009). Assessment of the sequelae of complex trauma: Evidence-based measures. Dans C. A. Courtois, & J. D. Ford (Éds), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidenced-based guide* (pp. 104-123). New York, NY: Guilford Press.
- Brown, D. (2009). Assessment of attachment and abuse history, and adult attachment style. Dans C. A. Courtois, & J. D. Ford (Éds), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidenced-based guide* (pp. 124-144). New York, NY: Guilford Press.
- Brown, I., & Schormans, A. F. (2003). Maltreatment and life stressors in single mothers who have children with developmental delay. *Journal of Developmental Disabilities, 10*(1), 61-66.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-years prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect, 22*(11), 1078-1965.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin, 99*, 66-77.
- Browne, C., & Winkelman, C. (2007). The effect of childhood trauma on later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence, 22*(6), 684-697.
- Browne, K. D. (1988). The nature of child abuse and neglect: An overview. Dans K. D. Browne, C. Davies, & P. Stratton (Éds), *Early prediction and prevention of child abuse* (pp. 15-30). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Buchanan, A. (1996). *Cycle of child maltreatment: Facts, fallacies, and intervention*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Bugental, D. B., Martorell, G. A., & Barraza, V. (2003). The hormonal costs of subtle forms of infant maltreatment. *Hormones and Behavior, 43*, 237-244.
- Bunce, S. C., & Coccaro, E. (1999). Factors differentiating personality-disordered individuals with and without a history of unipolar mood disorder. *Depression and Anxiety, 10*, 147-157.
- Burgess, A. W., & Hartman, C. R. (1993). Children's drawings. *Child Abuse & Neglect, 17*, 161-168.



- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry, 15*(3), 243-255.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development, 69*(4), 1107-1128.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative experiences scale. *Dissociation, 6*, 16-27.
- Carr, S., & Francis, A. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Australian Psychologist, 44*(3), 146-155.
- Caspi, A., & Elder, G. H. (1988). Childhood precursors of the life course: Early personality and life disorganisation. Dans E. M. Hetherington, R. M. Lerner, & M. Perlmutter (Éds), *Child development in life-span perspective* (pp. 115-142). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cerezo, M. A., D'Ocon, A., & Dolz, L. (1996). Mother-child interactive patterns in abusive families versus non abusive families: An observational study. *Child Abuse & Neglect, 20*(7), 573-587.
- Chassin, L., Presson, C. C., Todd, M., Rose, J. S., & Sherman, S. J. (1998). Maternal socialization of adolescent smoking: The intergenerational transmission of parenting and smoking. *Developmental Psychology, 34*(6), 1189-1201.
- Chen, Z. Y., & Kaplan, H. B. (2001). Intergenerational transmission of constructive parenting. *Journal of Marriage and the Family, 63*(1), 17-31.
- Child Welfare Information Gateway. (2011). *Child maltreatment 2009: Summary of key findings*. National Child Abuse and Neglect Data System. Document repéré à <http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/canstats.cfm>.
- Chrousos, G. P., & Gold, P. W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders: Overview of physical and behavioral homeostasis. *Journal of the American Medical Association, 267*, 1244-1252.
- Chu, J. A. (1991). The repetition compulsion revisited: Reliving dissociated trauma. *Psychotherapy, 28*, 327-332.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry, 56*, 96-118.

- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. Dans D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Éds), *Developmental Psychopathology* (Vol. 2, pp. 32-71). New York, NY: Wiley.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 597-600.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2001). The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning. *Development and Psychopathology*, 13, 783-804.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 541-565.
- Cicchetti, D., & Toth, S. (1998). Perspective on research and practice in developmental psychopathology. Dans I. Sigel, & K. A. Renninger (Éds), *Handbook of child psychology, Vol 4: Child psychology in practice* (5<sup>e</sup> éd., pp. 479-583). New York, NY: Wiley.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2010). Child maltreatment: The research imperative and the exportation of results to clinical contexts. Dans B. M. Lester, & J. D. Sparrow (Éds), *Nurturing children and families: Building on the legacy of T. Berry Brazleton* (pp. 264-274). New York, NY: Wiley-Blackwell.
- Cicchetti, D., Toth, S., & Maughan, A. (2000). An ecological-transactional model of child maltreatment. Dans A. J. Sameroff., M. Lewis, & S. Miller (Éds), *Handbook of developmental psychopathology* (2<sup>e</sup> éd., pp. 689-722). New York, NY: Plenum Press.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). *Developmental Psychopathology, Vol. 3: Risk, disorder, and adaptation* (2<sup>e</sup> éd.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Coates, S. W., Schechter, D. S., & First, E. (2003). Brief interventions with traumatized children and families after september 11. Dans S. W. Coates, J. L. Rosenthal, & D. S. Schechter (Éds), *September 11: Trauma and human bonds* (pp. 23-49). New York, NY: Analytic Press/Taylor & Francis Group.
- Cohen, L. R., Hien, D. A., & Batchelder, S. (2008). The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior. *Child Maltreatment*, 13(1), 27-38.
- Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 867-875.

- Coohy, C., & Braun, N. (1997). Toward an integrated framework for understanding child physical abuse. *Child Abuse & Neglect, 21*, 1081-1094.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals, 35*(5), 390-398.
- Cort, N. A., Toth, S. L., Cerulli, C., & Rogosch, F. (2011). Maternal intergenerational transmission of childhood multitype maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 20*, 20-39.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(4), 412-425.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. Dans C. A. Courtois, & J. D. Ford (Éds), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidenced-based guide* (pp. 1-9). New York, NY: Guilford Press.
- Courtois, C. A., Ford, J. D., & Cloitre, M. (2009). Best practices in psychotherapy for adults. Dans C. A. Courtois, & J. D. Ford (Éds), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidenced-based guide* (pp. 82-103). New York, NY: Guilford Press.
- Crittenden, P. (1998). Dangerous behavior and dangerous contexts: A 35-years perspective on research on the developmental effects of child physical abuse. Dans P. Trickett, & C. Schellenbach (Éds), *Violence against children in the family and the community* (pp. 11-38). Washington, DC: American Psychological Association.
- Crittenden, P. M., & DiLalla, D. L. (1988). Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 585-599.
- Crouch, J. L., Milner, J. S., & Thomsen, C. (2001). Childhood physical abuse, early social support, and risk for maltreatment: Current social support as a mediator of risk for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect, 25*(1), 93-107.
- Dalenberg, C. J., & Palesh, O. G. (2004). Relationship between child abuse history, trauma, and dissociation in russian college students. *Child Abuse & Neglect, 28*(4), 461-474.
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology, 13*, 539-564.

- De Bellis, M. D., (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment, 10*(2), 150-172.
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., & Shifflett, H. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment-related traumatic stress disorder: A socio-demographically matched study. *Biological Psychiatry, 52*(11), 1066-1078.
- De Bellis, M. D., & Putnam, F. W. (1994). The psychobiology of childhood maltreatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 3*, 663-677.
- De la Sablonnière, É., & Fortin, A. (2010). Violence conjugale et qualité de la relation mère-enfant : effet médiateur ou modérateur de la santé des mères? *Canadian Journal of Behavioral Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 42*(4), 212-221.
- Dell, P. F. (1998). Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*(6), 352-356.
- Dell'Osso, B., Berlin, H. A., Serati, M., & Altamura, A. C. (2010). Neuropsychological aspects, comorbidity patterns and dimensional models in borderline personality disorder. *Neuropsychobiology, 61*(4), 169-179.
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(1), 47-57.
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2009). Patterns of risk and protective factors in the intergenerational cycle of maltreatment. *Journal of Family Violence, 24*, 111-122.
- Dodge, K. A., Bates, J. E., Pettit, G. S., & Valente, E. (1995). Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 632-643.
- Dozier, M., Peloso, E., Lindhiem, O., Gordon, M. K., Manni, M., Sepulveda, S., & Ackerman, J. (2006). Developing evidence-based interventions for foster children: An example of a randomized clinical trial with infants and toddlers. *Journal of Social Issues, 62*, 767-785.
- Dubois-Comtois, K., & Moss, E. (2004). Relation entre l'attachement et les interactions mère-enfant en milieu naturel et expérimental à l'âge scolaire. *Revue canadienne des sciences du comportement, 36*(4), 267-279.

- Dumas, J., & Wahler, R. (1983). Predictors of treatment outcome in parent training: Mother insularity and socioeconomic disadvantage. *Behavioral Assessment, 5*, 301-313.
- Dunn, G. E., Paolo, A. M., Ryan, J. J., & Van Fleet, J. (1993). Dissociative symptoms in a substance abuse population. *The American Journal of Psychiatry, 150*(7), 1043-1047.
- Dutra, L., Bianchi, I., Siegel, D. J., & Lyons-Ruth, K. (2009). The relational context of dissociative phenomena. Dans P. F. Dell, & J. A. O'Neil (Éds), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 83-92). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Egeland, B. (1988). Breaking the cycle of abuse: Implications for prediction and intervention. Dans K. Browne, C. Davies, & P. Stratton (Éds), *Early prediction and prevention of child abuse* (pp. 87-99). Chichester, England: Wiley.
- Egeland, B., Bosquet, M., & Chung, A. L. (2002). Continuities and discontinuities in the intergenerational transmission of child maltreatment: Implications for breaking the cycle of abuse. Dans K. Browne, H. Hanks, P. Stratton, & C. E. Hamilton (Éds), *Early prediction and prevention of child abuse* (pp. 217-232). Chichester, England: Wiley.
- Egeland, B., Jacobvitz, D., & Papatola, K. (1987). Intergenerational continuity of abuse. Dans R. J. Gelles, & J. B. Lancaster (Éds), *The invulnerable child* (pp. 255-276). New York, NY: Guilford Press.
- Egeland, B., Jacobvitz, D., & Sroufe, A. (1988). Breaking the cycle of child abuse. *Child Development, 59*(4), 1080-1088.
- Egeland, B., & Susman-Stillman, A. (1996). Dissociation as a mediator of child abuse across generations. *Child Abuse & Neglect, 20*(11), 1123-1132.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319-345.
- Ellason, J. W., Ross, C. A., & Fuchs, D. L. (1996). Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 59*(3), 255-266.
- Elliott, G. C., Cunningham, S. M., Linder, M., Colangelo, M., & Gross, M. (2005). Child physical abuse and self-perceived social isolation among adolescents. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(12), 1663-1684.

- English, D. J., Upadhyaya, M. P., Litrownik, A. J., Marshall, J. M., Runyan, D. K., Graham, C., & Dubowitz, H. (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse & Neglect, 29*, 597-619.
- Epstein, J. N., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (1997). Predicting PTSD in women with a history of childhood rape. *Journal of Traumatic Stress, 10*(4), 573-588.
- Erickson, M. F., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behaviour problems in preschool in high-risk sample. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*, 147-166.
- Éthier, L. S., Lemelin, J.-P., & Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect, 28*(12), 1265-1278.
- Éthier, L. S., & Milot, T. (2009). Effet de la durée, de l'âge d'exposition à la négligence parentale et de la comorbidité sur le développement socioémotionnel à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 57*(2), 136-145.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Polyvictimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*, 7-26.
- Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E., & Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 25-35.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(3-4), 288-328.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology, 9*(4), 679-700.
- Foote, B., Smolin, Y., Neft, D. I., & Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(1), 29-36.
- Ford, J. D. (2005). Treatment implications of altered affect regulation and information processing following child maltreatment. *Psychiatric Annals, 35*(5), 410-419.
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment, 5*, 205-217.

- George, C. (1996). A representational perspective of child abuse and prevention: Internal working models of attachment and caregiving. *Child Abuse & Neglect*, 20(5), 411-424.
- George, C., & Solomon, J. (1999). The development of caregiving system: A comparison of attachment theory and psychoanalytic approaches of mothering. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4), 618-646.
- Gibb, B. E., Schofield, C. A., & Coles, M. E. (2009). Reported history of childhood abuse and young adults' information-processing biases for facial displays of emotion. *Child Maltreatment*, 14, 148-156.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan, W. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533-545.
- Hanson, R. F., Self-Brown, S., Fricker-Elhai, A. E., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Resnick, H. S. (2006). The relations between family environment and violence exposure among youth: Findings from the national survey of adolescents. *Child Maltreatment*, 11, 3-15.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R. H., & Charles, B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 592-597.
- Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L. T. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. *The New England Journal of Medicine*, 317(26), 1630-1634.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Herrenkohl, R. C., Egolf, B. P., & Herrenkohl, E. C. (1997). Preschool antecedents of adolescent assaultive behaviour: A longitudinal study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 422-432.
- Heyman, R., & Slep, A. (2002). Do child abuse and interparental violence lead to adulthood family violence? *Journal of Marriage and the Family*, 64, 864-870.

- Hodgins, G. A., Creamer, M., & Bell, R. (2001). Risk factors for posttrauma reactions in police officers: A longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*, 541-547.
- Hornstein, N. L., & Putnam, F. W. (1992). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*(6), 1077-1085.
- Huston, A. C. (1991). Children in poverty: Developmental and policy issues. Dans A. C. Huston (Éd.), *Children in poverty: Child development and public policy* (pp. 1-22). New York, NY: Cambridge University Press.
- Jaffe, P. G., Wolfe, D. A., & Wilson, S. K. (1990). *Children of battered women*. Thousands Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatric Research, 40*(2), 131-140.
- Johnson, J. G., Smailes, E. M., Cohen, P., Brown, J., & Bernstein, D. P. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: Findings of a community-based longitudinal study. *Journal of Personality Disorders, 14*(2), 171-187.
- Joshi, P. T., & O'Donnell, D. A. (2003). Consequences of child exposure to war and terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*(4), 275-292.
- Kagan, J. (2003). *Surprise, Uncertainty and Mental Structures*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kaplow, J. B., & Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(1), 176-187.
- Karadag, F., Sar, V., Tamar-Gurol, D., Evren, C., Karagoz, M., & Erkiran, M. (2005). Dissociative disorders among inpatients with drug or alcohol dependency. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*(10), 1247-1253.
- Kashani, J. H., Daniel, A. E., Dandoy, A. C., & Holcomb, W. R. (1992). Family violence: Impact on children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31*(2), 181-189.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 186-192.



- Kaufman, J., & Zigler, E. (1989). The intergenerational transmission of child abuse and the prospect of predicting future abusers. Dans D. Cicchetti, & V. Carlson (Éds), *Child maltreatment: Research and theory on consequences of child abuse and neglect* (pp. 129-150). New York, NY: Cambridge University Press.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1993). The intergenerational transmission of abuse is overstated. Dans R. J. Gelles, & D. R. Loseke (Éds), *Current controversies on family violence* (pp. 209-221), Newbury Park, NJ: Sage.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kihlstrom, J. R. (2005). Dissociative Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 227-253.
- Kim, J. (2009). Type-specific intergenerational transmission of neglectful and physically abusive parenting behaviors among young parents. *Children and Youth Services Review*, 31, 761-767.
- Kluft, R. P. (1984). Multiple personality in childhood. *Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 121-134.
- Kolko, D. J., Moser, J. T., & Weldy, S. R. (1990). Medical/health histories and physical evaluation of physically and sexually abused child psychiatric patients: A controlled study. *Journal of Family Violence*, 5(4), 249-267.
- Kosslyn, S. M. (2006). Mental image. Dans C. A. Jones (Éd.), *Sensorium: Embodied experience, technology, and contemporary art*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Kotch, J. B., Muller, G. O., & Blakely, C. H. (1999). Understanding the origins and incidence of child maltreatment. Dans T. P. Gullotta, & S. J. McElhaney (Éds), *Violence in homes and communities: Prevention, intervention, and treatment* (pp. 1-38). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Larrivée, M.-C., Lavergne, C., Dufour, S., & Trocmé, N. (2009). L'abus physique avec ou sans autres formes de mauvais traitements : deux réalités? *Revue de Psychoéducation*, 38(1), 73-95.
- L'Écuyer, R. (1994). *Le développement du concept de soi de l'enfance à la vieillesse*. Montréal, QC: Presses de l'Université de Montréal.

- Leifer, M., Kilbane, T., Jacobsen, T., & Grossman, G. (2004). A three-generational study of transmission of risk for sexual abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 662-679.
- Levendosky, A. A., & Graham-Bermann, S. A. (2000). Trauma and parenting in battering women: An addition to an ecological model of parenting. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 3*(1), 25-35.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet, 364*(9432), 453-461.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation, 5*(4), 196-204.
- Liotti, G. (1999). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry, 19*(5), 757-783.
- Lorentzen, E., Nilsen, H., & Traeen, B. (2008). Will it never end? The narratives of incest victims on the termination of sexual abuse. *Journal of Sex Research, 45*, 165-174.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Atwood, G. (1999). A relational diatheses model of hostile-helpless states of mind: Expressions of mother-infant interaction. Dans J. Solomon, & C. George (Éds), *Attachment disorganization* (pp. 33-70). New York, NY: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2003). Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and hostile-helpless states of mind on the AAI. *Attachment & Human Development, 5*(4), 330-352.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile-helpless states of mind on the adult attachment interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology, 17*(1), 1-23.
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Haatainen, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., & Viinamaki, H. (2004). Somatoform dissociation and adverse childhood experiences in the general population. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*, 337-342.

- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology, 13*, 233-254.
- MacMillan, H., MacMillan, J., Offord, D., Griffith, L., & MacMillan, A. (1994). Primary prevention of child sexual abuse: A critical review. Part II. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 857-876.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1984). Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: Implications for the abused-abusing intergeneration cycle. *Child Abuse & Neglect, 8*(2), 203-217.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161 – 182). Chicago, IL: University Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*(1-2), 66-104.
- Main, M., & Weston, D. R. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and to father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development, 52*(3), 932-940.
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology, 13*, 759-782.
- Mann, B. J., & Saunders, S. (1994). Child dissociation and the family context. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22*, 373-388.
- McCloskey, L. A., Figueredo, A. J., & Koss, M. P. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development, 66*(5), 1239-1261.
- McCloskey, L. A., & Stuewig, J. (2001). The quality of peer relationship among children exposed to family violence. *Development and Psychopathology, 13*, 83-96.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., ... Stout, R. L. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 256-264.

- McLoyd, V. C., & Wilson, L. (1991). The strain of living poor: Parenting, social support, and child mental health. Dans A. C. Huston (Éd.), *Children in poverty: Child development and public policy* (pp. 105-135). New York, NY: Cambridge University Press.
- Merckelbach, H., & Giesbrecht, T. (2006). Subclinical dissociation, schizotypy, and traumatic stress. *Personality and Individual Differences, 40*(2), 365-374.
- Milner, J. S. (1993). Social information processing and physical child abuse. *Clinical Psychology Review, 13*(3), 275-294.
- Modestin, J., Lotscher, K., & Thomas, E. (2002). Dissociative experience and their correlates in young non-patients. *Psychology and Psychotherapy, 75*, 53-64.
- Moran, G., Pederson, D. R., & Krupka, A. (2005). Maternal unresolved attachment status impedes the effectiveness of interventions with adolescent mothers. *Infant Mental Health Journal, 26*, 231-249.
- Morton, N., & Browne, K. D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review. *Child Abuse & Neglect, 22*(11), 1093-1104.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behaviour problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviourally disorganized children. *Development and Psychopathology, 40*, 519-532.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology, 23*, 195-210.
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behaviour problem. *Child development, 69*, 1390-1405.
- Moss, E., & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school and academic performance. *Developmental Psychology, 37*, 863-874.
- Moss, E., St-Laurent, D., Cyr, C., & Humber, N. (2000). L'attachement aux périodes préscolaire et scolaire et les patrons d'interactions parent-enfant. Dans G. M. Tarabulsky, S. Larose, D. R. Pederson, & G. Moran (Éds), *Attachement et développement : le rôle des premières relations dans le développement humain* (pp. 155-179). Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.

- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, P. E. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, *163*, 721-732.
- Muller, R. T., Gragtmans, K., & Baker, R. (2008). Childhood physical abuse, attachment, and adult social support: Test of a mediational model. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *40*, 80-89.
- Muller, R. T., Hunter, J. E., & Stollak, G. (1995). The intergenerational transmission of corporal punishment: A comparison of social learning and temperament models. *Child Abuse & Neglect*, *19*, 1323-1335.
- Narang, D. S., & Contreras, J. M. (2005). The relationships of dissociation and affective family environment with the intergenerational cycle of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, *29*, 683-699.
- National Research Council. (1993) *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- O'Keefe, M. (1994). Adjustment of children from maritally violent homes. *Families in Society*, *75*(7), 403-415.
- Onersma, S. J. (2002). Predictors of neglect within low-SES families: The importance of substance abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, *72*(3), 383-391.
- Organisation mondiale de la Santé (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention*. Geneva, Switzerland: Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé (2002). Document repéré à [http://fr.wikipedia.org/wiki/Maltraitance\\_sur\\_mineur](http://fr.wikipedia.org/wiki/Maltraitance_sur_mineur).
- Organisation mondiale de la Santé (2010). Child Maltreatment. Document repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., Kin, N. M. K., Schwartz, G., Steiger, H., & Nair, N. P. V. (2004). Neurobiological correlates of diagnosis and underlying traits in patients with borderline personality disorder compared with normal controls. *Psychiatry Research*, *121*(3), 239-252.
- Pears, K. C., & Capaldi, D. M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: A two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, *25*, 1439-1461.

- Perry, D. G., Hodges, E. V. E., & Egan, S. K. (2001). Determinants of chronic victimization by peers: A review and new model of family influence. Dans J. Juvonen, & S. Graham (Éds), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized* (pp. 73-104). New York, NY: Guilford Press.
- Pianta, R., Egeland, B., & Erickson, M. F. (1989). The antecedents of maltreatment: Result of the mother-child interaction research project. Dans D. Cicchetti, & V. Carlson (Éds), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 203-253). New York, NY: Cambridge University Press.
- Pollak, S. D., & Tolley-Schell, S. A. (2003). Selective attention to facial emotion in physically abused children. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 323-338.
- Putnam, F. W. (1985). *Dissociation as a response to extreme trauma, in the childhood antecedents of multiple personality*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York, NY: The Guilford Press.
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse & Neglect, 17*, 39-45.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York, NY: The Guildford Press.
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L., & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry, 47*(6), 285-293.
- Rogosch, F. A., Cicchetti, D., Shields, A., & Toth, S. L. (1995). Parenting dysfunction in child maltreatment. Dans M. Bornstein (Éd.), *Handbook of parenting* (pp. 127-159). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ross, C. A., Kronson, J., Koensgen, S., Barkman, K., Clark, P., & Rockman, G. (1992). Dissociative comorbidity in 100 chemically dependent patients. *Hospital & Community Psychiatry, 43*(8), 840-842.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 539-555.

- Runtz, M. G., & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 21*(2), 211-226.
- Sapolsky, R. M. (2000). Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry, 57*, 925-935.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*(1-2), 201-269.
- Schuder, M. R., & Lyons-Ruth, K. (2004). 'Hidden trauma' in infancy: Attachment, fearful arousal, and early dysfunction of the stress response system. Dans J. D. Osofsky (Éd.), *Young children and trauma: Intervention and treatment* (pp. 69-104). New York, NY: Guilford Press.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 349-363.
- Shonk, S. M., & Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioural adjustment. *Developmental Psychology, 37*, 3-17.
- Sidebotham, P., & Heron, J. (2006). Child maltreatment in the "children of the nineties": A cohort study of risk factors. *Child Abuse & Neglect, 30*(5), 497-522.
- Siever, L. J., Torgersen, S., Gunderson, J. G., Livesley, W. J., & Kendler, K. S. (2002). The borderline diagnosis III: Identifying endophenotypes for genetic studies. *Biological Psychiatry, 51*, 1059-1064.
- Simantov, R., Blinder, E., Ratovitski, T., Tauber, M., Gabbay, M., & Porat, S. (1996). Dopamine induced apoptosis in human neuronal cells: Inhibition by nucleic acids antisense to the dopamine transporter. *Neuroscience, 74*, 39-50.
- Simons, R. L., Whitbeck, L. B., Conger, R. D., & Wu, C. (1991). Intergenerational transmission of harsh parenting. *Developmental Psychology, 27*, 159-171.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry, 51*, 936-950.

- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., ... Stout, R. L. (2005). The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorder, 19*, 487-504.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development, 7*(3), 269-281.
- Smythies, J. R. (1997). Oxidative reactions and schizophrenia: A review-discussion. *Schizophrenia Research, 24*, 357-364.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Kelly, T. M. (2002). Child abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 16*(3), 201-214.
- Stevens, T. N., Ruggiero, K. J., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Saunders, B. E. (2005). Variables differentiating singly and multiply victimized youth: Results from the national survey of adolescents and implications for secondary prevention. *Child Maltreatment, 10*(3), 211-223.
- Stewart, A., Livingston, M., & Dennison, S. (2008). Transitions and turning points: Examining the links between child maltreatment and juvenile offending. *Child Abuse & Neglect, 32*(1), 51-66.
- Stuber, J., Fairbrother, G., Galea, S., Pfefferbaum, B., Wilson-Genderson, M., & Vlahov, D. (2002). Determinants of counseling for children in Manhattan after the september 11 attacks. *Psychiatric Services, 53*(7), 815-822.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., & Polcari, A. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatric Clinics of North America, 25*(2), 397-426.
- Terr, L. C. (1991). Childhood trauma: An outline and overview. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, 1*(3), 322-334.
- Thornberry, T. P., Ireland, T. O., & Smith, C. A. (2001). The importance of timing: The varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. *Development and Psychopathology, 13*, 957-980.
- Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J., & Emde, R. N. (1997). Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. *Development and Psychopathology, 9*, 781-796.



- Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J., Maughan, A., & VanMeenen, K. (2000). Narrative representations of caregivers and self in maltreated preschoolers. *Attachment and Human Development, 2*, 271-305.
- Toth, S. L., Maughan, A., Manly, J. T., Spagnola, M., & Cicchetti, D. (2002). The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: Implications for attachment theory. *Development and Psychopathology, 14*, 777-808.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(1), 3-48.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., Reiffman, A., & Putnam, F. W. (2001). Variants of intrafamilial sexual abuse experience: Implications for short- and long-term development. *Development and Psychopathology, 13*, 1001-1019.
- Trickett, P. K., & Susman, E. J. (1988). Parental perceptions of childrearing practices in physically abusive and nonabusive families. *Developmental Psychology, 24*, 270-276.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., ... Holroyd, J. (2008). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : données principales*. Ottawa, Ontario : Agence de la santé publique du Canada. Document repéré à [http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/csc-a-ecve/2008/assets/pdf/cis-2008\\_report\\_fra.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/csc-a-ecve/2008/assets/pdf/cis-2008_report_fra.pdf).
- Trocmé, N., & Wolfe, D.A. (2001). *Maltraitance des enfants au Canada : résultats choisis dans l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*. Ottawa, Ontario : Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux. Document repéré à [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2010/sc-hc/H49-152-2000-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/sc-hc/H49-152-2000-fra.pdf).
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review, 20*, 235-253.
- van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus, discrimination, and characterological development. Dans B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Éds), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 182-213). New York, NY: Guilford.

- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A. C., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatisation, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 83-93.
- van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behaviour. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1665-1671.
- van IJzendoorn, M. H. (1992). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in nonclinical populations. *Developmental Psychology*, *12*, 76-99.
- van IJzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the dissociative experiences scale (DES). *Clinical Psychology Review*, *16*, 365-382.
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, *11*, 225-249.
- Vondra, J. I., & Toth, S. L. (1989). Ecological perspectives on child maltreatment: Research and intervention. *Early Child Development and Care*, *42*, 11-29.
- Wagner, S., Baskaya, O., Lieb, K., Dahmen, N., & Tadic, A. (2009). The 5-HTTLPR polymorphism modulates the association of serious life events (SLE) and impulsivity in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *43*(13), 1067-1072.
- Waldfoegel, J. (1998). *The future of child protection: How to break the cycle of abuse and neglect*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Waldfoegel, J. (2000). Reforming child protective services. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, *79*(1), 43-57.
- Weisbart, C. E., Thompson, R., Pelaex-Merrick, M., Kim, J., Wike, T., Briggs, E., ... Dubowitz, H. (2008). Child and adult victimization: Sequellae for female caregivers of high-risk children. *Child Maltreatment*, *13*(3), 235-244.
- Wekerle, C., & Wolfe, D. A. (2003). Child maltreatment. Dans E. J. Mash, & R. A. Barkley (Éds), *Child psychopathology* (2<sup>e</sup> éd., pp. 632-684). New York, NY: Guilford Press.
- Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, *244*, 160-166.
- Widom, C.S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1223-1229.

- Widom, C. S. (2000). Childhood victimization: Early adversity, later psychopathology. *National Institute of Justice Journal*, 2-9.
- Windham, A. M., Rosenberg, L., Fuddy, L., McFarlane, E., Sia, C., & Duggan, A. K. (2004). Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life. *Child Abuse & Neglect*, 28(6), 645-667.
- Wolfe, D. A. (1999). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wolfner, G. D., & Gelles, R. J. (1993). A profile of violence toward children: The neglect of neglect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 530-543.
- Wonderlich, S. A., Swift, W. J., Slomik, H. B., & Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating-disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607-616.
- Zanarini, M. C., (1997). *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, L. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30(1), 18-25.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., ... Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.
- Zuravin, S., McMillen, C., DePanfilis, D., & Risley-Curtiss, C. (1996). The intergenerational cycle of child maltreatment: Continuity versus discontinuity. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(3), 315-334.