

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LA TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE DU TRAUMA : DE L'ÉTAT
D'ESPRIT D'ATTACHEMENT HOSTILE-IMPUISSANT DE LA MÈRE À
L'ALTÉRATION DE LA QUALITÉ DE LA RELATION MÈRE-ENFANT

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
CHRISTOPHE JACQUEMIN

SEPTEMBRE 2021

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

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

Direction de recherche :

Diane St-Laurent, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	directrice de recherche
---	-------------------------

Jury d'évaluation :

Diane St-Laurent, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	directrice de recherche
---	-------------------------

Nicolas Berthelot, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	évaluateur interne
--	--------------------

Chantal Cyr, Ph. D. Université du Québec à Montréal	évaluatrice externe
--	---------------------

Sommaire

Cet essai présente l'étude que nous avons réalisée afin de mieux comprendre comment certaines caractéristiques psychiques du parent sont susceptibles d'altérer en profondeur le développement de l'enfant, et comment ces altérations peuvent se transmettre d'une génération à l'autre. Nous avons adopté la perspective de la théorie de l'attachement qui met en avant l'importance de la relation parent-enfant dans le développement de l'enfant, et nous nous sommes intéressés à un état d'esprit d'attachement désorganisé du parent caractérisé principalement par un clivage marqué des représentations d'attachement : l'*état d'esprit d'attachement Hostile/Impuissant* (ou état d'esprit HH). Nous avons porté notre attention sur le *trauma* chez l'enfant, une forme dramatique de dommage causé à son fonctionnement psychosocial, et nous avons examiné les liens entre l'état d'esprit d'attachement HH de la mère, la qualité de la relation mère-enfant (négligence et communication mère-enfant) et les symptômes traumatiques (intrusion, évitement, hypervigilance) chez l'enfant. L'échantillon de la présente étude est composé de 42 enfants d'âge préscolaire et leur mère à faible revenu : 20 enfants victimes de négligence et 22 enfants non négligés. Contrairement à ce qui était attendu, nous n'avons pas trouvé de liens significatifs entre l'état d'esprit HH des mères et les symptômes traumatiques chez l'enfant. Les résultats ont par contre montré des liens, certains marginaux et d'autres significatifs, entre l'état d'esprit HH des mères et la qualité de la relation mère-enfant, ainsi qu'entre la qualité de la relation mère-enfant et les symptômes traumatiques chez l'enfant. La petite taille de l'échantillon, en limitant la puissance statistique, a peut-être contribué à l'absence de résultats significatifs. Il est

également possible que l'état d'esprit HH du parent affecte négativement le fonctionnement général de l'enfant, sans toutefois que cela se manifeste par des symptômes traumatiques. Nous avons proposé des explications concernant les processus qui sous-tendent la transmission du trauma d'une génération à l'autre, essentiellement des perturbations marquées dans les capacités de la mère à réguler adéquatement l'état émotionnel de l'enfant, et nous avons suggéré des interventions cliniques pour prévenir ou traiter les conséquences psychiques et relationnelles durables qui peuvent être transmises du parent à l'enfant. Ainsi, des interventions qui ciblent le fonctionnement psychique de la mère, ou bien la relation mère-enfant, ou les deux, nous ont semblé convaincantes.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux.....	viii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	7
Théorie de l'attachement	8
Modèles internes opérants	10
Attachement sécurisant et l'attachement insécurisant	11
Attachement désorganisé à l'âge adulte : l'état d'esprit d'attachement hostile/impuissant	19
Entrevue d'attachement adulte	19
État d'esprit d'attachement hostile/impuissant.....	20
État d'esprit d'attachement hostile/impuissant et les traumatismes dans l'enfance	23
État d'esprit d'attachement hostile/impuissant et la qualité de la relation parent-enfant	24
État d'esprit d'attachement hostile/impuissant et les difficultés développementales de l'enfant.....	28
Traumatismes chez l'enfant	29
Traumas	29
Traumas cachés.....	31
Qualité de la relation parent-enfant et symptômes traumatiques chez l'enfant	34
Objectifs et hypothèses de recherche.....	37

Méthode	40
Participants.....	41
Procédure	42
Instruments de mesure	43
Données sociodémographiques	43
Qualité de la relation mère-enfant	44
Négligence	44
Communication socioaffective mère-enfant.....	44
État d'esprit d'attachement hostile-impuissant de la mère	46
Symptômes traumatiques de l'enfant.....	47
Résultats.....	49
Statistiques descriptives	50
Analyses préliminaires.....	52
Analyses principales	52
État d'esprit hostile-impuissant et symptômes traumatiques de l'enfant	53
État d'esprit hostile-impuissant et relation mère-enfant	54
Relation mère-enfant et symptômes traumatiques de l'enfant.....	56
État d'esprit hostile-impuissant, relation mère-enfant et symptômes traumatiques de l'enfant	57
Discussion	58
État d'esprit HH et relation mère-enfant.....	60
Relation mère-enfant et symptômes traumatiques chez l'enfant	62
État d'esprit HH et symptômes traumatiques chez l'enfant	64

Processus qui sous-tendent les liens entre l'état d'esprit de la mère, la qualité de la relation mère-enfant et les symptômes traumatiques chez l'enfant	66
Pertinence de la notion d'état d'esprit HH.....	71
Implications cliniques	72
Limites de l'étude	74
Pistes de recherches futures	76
Conclusion	79
Références.....	85

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Données descriptives sur l'état d'esprit de la mère, la communication socioaffective mère-enfant, et les symptômes traumatiques chez l'enfant..... 51
- 2 Comparaison des mères HH et des mères non-HH sur les symptômes traumatiques chez l'enfant et la qualité de la relation mère-enfant 55

Remerciements

Je tiens ici à remercier chaleureusement ma directrice d'essai Diane St-Laurent qui m'a offert un encadrement remarquable et un soutien de grande qualité tout au long de mon cheminement. Grâce à Diane, j'ai pu développer au mieux mes connaissances de ce que signifie la recherche en psychologie, et j'ai pu m'épanouir en approfondissant mes connaissances sur une thématique qui me tient beaucoup à cœur.

Je souhaite aussi remercier du fond du cœur la mère de ma fille, Sylvie Miaux, qui fut ma conjointe pendant la plus grande partie de mon parcours universitaire, et qui m'a soutenu pendant de nombreuses années à travers de multiples péripéties. Grâce à elle, j'ai pu m'accomplir dans des domaines qui sont particulièrement significatifs pour moi : la quête de connaissances en psychologie et l'application pratique de ces connaissances.

Je remercie aussi ma fille Amélie qui a catalysé chez moi une maturation absolument nécessaire à l'émergence et à l'atteinte de mes objectifs professionnels. Enfin, je remercie l'Université du Québec à Trois-Rivières qui m'a offert une formation de grande qualité tout en me permettant de me réaliser dans un domaine qui me passionne.

Introduction

Le *trauma* peut être défini comme étant l'ensemble des conséquences psychiques durables qu'ont sur un individu des événements extrêmement stressants. Il s'agit d'une blessure psychique causée par un choc émotionnel qui reste réprimé ou non résolu (Allen, 2001). La personne qui subit un trauma souffre principalement d'une rupture dans sa capacité à réguler ses états internes (van der Kolk & Courtois, 2005). Plus spécifiquement, le *trauma de l'attachement* découle quant à lui des expériences traumatiques que l'enfant a vécues au sein de sa relation d'attachement; c'est donc l'ensemble des séquelles engendrées par les expériences négatives éprouvées par l'enfant dans sa relation avec ses donneurs de soins (Allen, 2012). Souvent le trauma de l'attachement dont souffre l'enfant est causé par les expériences de maltraitance qu'il a subies. Cependant, certains travaux récents suggèrent que les enfants peuvent vivre un trauma en lien avec leur vécu relationnel sans avoir vécu d'événements considérés par les services sociaux comme étant des abus physiques, sexuels, ou psychologiques. Il s'agit des *traumas cachés* qui se développent chez l'enfant exposé de manière répétée à des interactions parent-enfant dysfonctionnelles (Bureau, Martin, & Lyons-Ruth, 2010). Le trauma a des conséquences marquées et durables sur de nombreuses sphères développementales de l'enfant, tant au niveau physique que psychologique. L'enfant traumatisé est alors non seulement porteur d'une souffrance cliniquement significative, mais il pâtit entre autres d'une dérégulation au niveau physiologique (taux de cortisol anormalement bas ou élevé, système endocrinien perturbé), d'altérations biologiques

(notamment au niveau de certaines structures cérébrales fondamentalement importantes), de somatisation, de difficultés à réguler ses émotions, de problèmes cognitifs, de problèmes relationnels, et d'altération de l'identité (Milot, Collin-Vézina, & Godbout, 2018). Le *trauma transgénérationnel* est défini comme étant un trauma qui est transmis d'une génération à l'autre de manière directe ou indirecte. Ce processus implique qu'un événement traumatique passé continue à affecter les générations suivantes (Frazier, West-Olatunji, St. Juste, & Goodman, 2009). De manière plus générale, on utilise la notion de *transmission intergénérationnelle du trauma* pour désigner le fait qu'il existe une incidence plus élevée de conséquences négatives sur le développement des enfants dont les parents souffrent de trauma que chez les enfants dont les parents ne souffrent pas de trauma (Babcock Fenerci & DePrince, 2018). Il est parfois aussi question d'une *vulnérabilité passée* qui se répète dans les générations suivantes (Frazier et al., 2009).

Afin de prévenir les comportements de la part du donneur de soins qui risquent d'induire un trauma chez l'enfant, mais aussi dans le but de rompre le cycle de la transmission intergénérationnelle du trauma, des recherches ont été entreprises pour comprendre les facteurs et les processus qui sous-tendent ces phénomènes. Le but distal des recherches sur les perturbations des pratiques parentales est d'identifier les facteurs centraux qui augmentent le risque que de telles perturbations surviennent dans la relation parent-enfant. En effet, connaître ces facteurs centraux pourrait permettre de détecter les parents à risque et d'implanter au plus tôt une démarche de prévention afin de protéger les enfants. La théorie de l'attachement offre un cadre théorique pertinent pour l'étude

des mécanismes sous-jacents aux comportements parentaux nuisibles pour l'enfant. Parmi les facteurs qui permettent de prédire la qualité des interactions parent-enfant, il y a l'état d'esprit d'attachement du parent, c'est-à-dire l'état d'esprit général du parent concernant ses expériences d'attachement passées (Hesse, 1999). Plusieurs études ont en effet montré que l'état d'esprit d'attachement du parent est associé à la qualité de la relation parent-enfant (Biringen, Matheny, Bretherton, Renouf, & Sherman, 2000; Macfie, Swan, Fitzpatrick, Watkins, & Rivas, 2014; Verschueren, Dossche, Marcoen, Mahieu, & Bakermans-Kranenburg, 2006). Il existe un système de classification, développé depuis peu, qui permet d'évaluer l'état d'esprit d'attachement désorganisé chez les adultes appartenant à des populations cliniques et/ou à haut risque psychosocial : il s'agit du système Hostile/Impuissant (Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, & Atwood, 2005). Cet état d'esprit particulier est codé à partir de l'Entrevue d'attachement adulte (George, Kaplan, & Main, 1985) et permet d'identifier chez la personne interviewée un attachement désorganisé qui semble lié à des expériences traumatiques vécues dans l'enfance. L'état d'esprit d'attachement Hostile/impuissant est caractérisé par un clivage entre des représentations polarisées du soi, du donneur de soins, et de la relation entre le soi et le donneur de soins (Lyons-Ruth et al., 2005). Un article récent a de plus mis en évidence la forte prévalence d'état d'esprit d'attachement hostile/impuissant chez des mères négligentes (Milot et al., 2014). En effet, dans cette étude, 64 % des mères de l'échantillon (négligentes ou à risque de négligence) avaient un état d'esprit hostile/impuissant. En outre, quelques études ont montré que l'état d'esprit HH chez la mère est associé à des difficultés dans la relation mère-enfant

(Barone, Bramante, Lionetti, & Pastore, 2014; Frigerio, Costantino, Ceppi, & Barone, 2013). Compte tenu de ces éléments et étant donné que des perturbations dans la relation parent-enfant peuvent induire un trauma chez l'enfant, la recherche présentée dans cet essai consiste à examiner les liens entre l'état d'esprit d'attachement hostile/impuissant de mères à risque psychosocial, la qualité de la relation mère-enfant, et la présence de symptômes traumatiques chez l'enfant. La recherche vise aussi à vérifier si l'état d'esprit d'attachement hostile/impuissant des mères est associé à un risque accru de symptômes traumatiques chez leur enfant via une relation mère-enfant altérée.

Afin de présenter les concepts et les écrits scientifiques en lien avec notre recherche, la première partie, c'est-à-dire le Contexte théorique, introduit les grandes lignes de la théorie de l'attachement, les caractéristiques de l'état d'esprit d'attachement hostile/impuissant, des éléments permettant de comprendre ce que sont les traumas, et des résultats d'études qui ont examiné certains constituants des liens entre l'état d'esprit d'attachement hostile/impuissant, la qualité de la relation parent-enfant et le traumatisme chez l'enfant. À la fin de cette section, les objectifs et les hypothèses de recherche sont formulés. Puis, dans la section Méthode qui suit, les participants de l'étude sont décrits, la procédure est exposée, et les instruments de mesure utilisés sont présentés. La section suivante détaille les résultats des analyses statistiques effectuées sur les données recueillies. Enfin, dans la section Discussion, une réflexion est menée à propos des résultats obtenus et des hypothèses sont proposées pour les expliquer. De plus, dans cette dernière section, des limites de l'étude sont mentionnées et des ouvertures possibles

concernant des recherches pertinentes à entreprendre en lien avec les thématiques abordées sont suggérées.

Contexte théorique

Dans cette section, nous présentons la théorie de l'attachement et les principaux concepts en lien avec la notion d'état d'esprit d'attachement hostile/impuissant, puis nous présentons les résultats d'études empiriques sur les liens entre cet état d'esprit et des perturbations relationnelles ou développementales.

Théorie de l'attachement

Dans les années 1940, Bowlby et Robertson ont commencé à poser un regard de scientifique sur ce que l'on peut observer régulièrement autour de nous : de jeunes enfants séparés de leur mère éprouvent une détresse intense. Partant de leurs observations, ils ont commencé à se questionner à propos du rôle dévolu au lien mère-enfant (Robertson & Bowlby, 1952). Bowlby s'intéressa alors aux travaux de Lorenz sur le phénomène d'empreinte chez les jeunes oies qui s'attachent à des « parents » potentiels bien que ces derniers ne les aient pas nourris. Il prit aussi connaissance des travaux de Harlow sur l'attachement des jeunes singes, qui en cas de stress privilégient le réconfort d'une « fausse mère réconfortante » bien qu'elle ne fournisse pas de nourriture à la « fausse mère froide » qui fournit de la nourriture. Il en déduira que l'enfant s'attache non pas à la personne qui le nourrit, comme les psychanalystes et les behavioristes de l'époque le supposaient, mais à la personne qui répond suffisamment à son besoin de proximité physique et affective (Cassidy, 2016). La régulation du stress est donc au cœur de la théorie de l'attachement (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016). Selon

cette théorie, l'enfant naît avec une tendance innée à chercher et à induire la proximité d'une figure d'attachement (Bowlby, 1969/1982). Cette tendance de l'enfant à s'attacher à son donneur de soins serait une prédisposition naturelle qui favorise sa protection. Progressivement, l'enfant met en place un ensemble de comportements pour réguler la proximité physique et la disponibilité psychologique d'une figure d'attachement « plus forte et plus sage » (p. ex., pleurer pour faire venir le parent ou bien ramper vers lui) (Bretherton & Munholland, 1999, 2016). Cette figure d'attachement sera pour l'enfant un *havre de sécurité* au sein duquel il pourra obtenir protection et réconfort en cas de détresse (peur, peine, fatigue, douleur ou inconfort) et de *base de sécurité* à partir de laquelle il pourra explorer son environnement (Ainsworth, 1973). La proximité entre l'enfant et sa figure d'attachement augmente la probabilité que l'enfant soit nourri, interagisse socialement avec sa figure d'attachement, puisse apprendre de son environnement, et soit protégé. Cette tendance innée à chercher et à induire la proximité d'une figure d'attachement serait le résultat d'une sélection naturelle qui a permis d'accroître le taux de survie et de transmission des gènes des individus qui possédaient cette tendance dès la naissance (Simpson & Belsky, 2016). La recherche de proximité est activée lorsque l'enfant vit de la détresse. Si cette détresse est apaisée par sa figure d'attachement, l'enfant pourra explorer son environnement. Cette exploration lui permettra alors, entre autres, de comprendre le fonctionnement de son environnement et de développer les habiletés nécessaires pour s'y adapter. Il augmentera ainsi ses chances de survivre et de transmettre ses gènes (Bowlby, 1969/1982).

Modèles internes opérants

Les interactions entre l'enfant et sa figure d'attachement sont nombreuses et se répètent au cours du temps. Les représentations d'événements ponctuels répétés dans le temps, intégrant qui a fait quoi à qui, quand, où, pourquoi et comment, sont les éléments de base à partir desquels l'enfant construit des représentations des patrons de comportement de sa figure d'attachement, des tendances comportementales de la part d'autrui, et du fonctionnement du monde en tant qu'environnement plus ou moins digne de confiance (Bowlby, 1973; Bretherton & Munholland, 1999, 2016). Ces représentations mentales, que Bowlby nomme *modèles internes opérants* (MIO) incluent en particulier des représentations de la figure d'attachement, du soi et de la relation avec la figure d'attachement. Ces MIO contiennent des informations à propos de qui sont les figures d'attachement, où elles peuvent être trouvées, et comment elles vont probablement se comporter si l'enfant a besoin d'elles (Bowlby, 1973). Toutefois, les MIO ne sont pas des représentations froides de la réalité objective, ils sont construits en se basant sur les sentiments que les interactions avec sa figure d'attachement font naître chez l'enfant, et en fonction des croyances de l'enfant à propos des sentiments de sa figure d'attachement (Bretherton & Munholland, 1999, 2016). Les MIO servent au départ à orienter les comportements d'attachement de l'enfant à l'égard de sa figure d'attachement, c'est-à-dire les comportements en lien avec la proximité et la disponibilité de la figure d'attachement auprès de l'enfant. En effet, les MIO permettent à l'enfant qui cherche à obtenir la sécurité, non seulement d'adapter ses propres comportements, mais aussi d'interpréter et d'anticiper les pensées, les émotions et les

comportements de la figure d'attachement. Les modèles internes représentent donc d'une certaine manière la réalité telle que perçue par l'enfant, mais ils construisent aussi cette réalité (Bretherton & Munholland, 1999, 2016). Toutefois, ce n'est pas seulement le contenu des modèles internes opérants qui influence les émotions et les comportements, c'est aussi la façon dont ils sont organisés (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). La locution *modèles internes opérants* indique que l'individu, avec le développement, peut agir mentalement sur ces représentations. Il peut les construire, les utiliser, les réviser, et faire des prédictions à partir d'elles; elles sont donc relativement flexibles. Toutefois, les MIO présentent une certaine stabilité et une certaine résistance au changement. En effet, ces modèles internes ne sont pas remis en question après chaque nouvelle interaction entre l'enfant et sa figure d'attachement. Au contraire, le fait que ces modèles soient en grande partie inconscients conduit l'individu à penser et à agir de manière automatique avec autrui. Ce traitement automatique est plus efficace puisqu'il demande moins d'attention, mais il implique une perte de flexibilité pour les modèles internes (Bretherton & Munholland, 1999, 2016).

Attachement sécurisant et l'attachement insécurisant

La relation d'attachement parent-enfant est la première relation que vit l'enfant. Au sein de cette relation, il est optimal que le parent donne et que l'enfant reçoive les soins et la protection : il s'agit donc d'une relation asymétrique. Les interactions avec des parents disponibles émotionnellement, qui offrent du réconfort lors des moments de détresse et un soutien adéquat lors des explorations de l'enfant, vont conduire à

l'élaboration d'un modèle interne du soi comme étant compétent et valorisé et à la construction d'un modèle interne des figures d'attachement comme étant disponibles, réconfortantes, fiables, soutenantes et protectrices (Bowlby, 1973). Inversement, les interactions avec des parents ignorant ou rejetant les comportements d'attachement de l'enfant (p. ex., lorsque l'enfant cherche du regard le parent ou s'approche de lui pour se faire consoler), ou encore interférant avec ses comportements d'exploration, peuvent conduire à l'élaboration d'un modèle interne du soi comme étant incompétent et dévalorisé, dont les besoins ont peu d'importance, et à la construction d'un modèle interne de ses figures d'attachement comme étant indisponibles, non-fiables, non soutenantes, et n'offrant pas de réconfort ni de protection (Bretherton & Munholland, 1999, 2016). Si l'enfant a confiance dans le fait que ses besoins seront pris en considération et que sa figure d'attachement lui apportera des soins en cas de besoin, alors il risque davantage de se sentir en sécurité, et il développe un attachement *sécurisant* avec sa figure d'attachement (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1973). L'attachement sécurisant signifie aussi que l'enfant, lorsqu'il éprouve de la détresse, parvient à retrouver un sentiment de sécurité intérieure en sollicitant sa figure d'attachement (Cassidy, 2016). Plus tard, le fait d'avoir développé un attachement sécurisant se traduit par l'aptitude de l'enfant plus vieux à s'engager activement, et de manière flexible et créative, dans la résolution des problèmes d'attachement, que ces problèmes soient intrapsychiques ou interpersonnels. Par exemple, un enfant d'âge scolaire pourra comprendre que sa figure d'attachement s'est montrée irritable vis-à-vis de lui à cause des difficultés qu'elle a éprouvées au travail, et donc ne pas l'interpréter

comme étant un rejet à son encontre. L'attachement sécurisant se manifeste aussi par le fait que l'enfant est capable d'explorer librement son monde interne et par le fait qu'il est capable de réfléchir sur lui-même (Bretherton & Munholland, 1999, 2016).

Si l'enfant vit fréquemment des frustrations quand il exprime ses besoins d'attachement, c'est-à-dire lorsque sa figure d'attachement ne perçoit pas, interprète mal, ou ne répond pas de manière adéquate à ses besoins, alors il peut finir par ne pas se sentir en sécurité et par devenir anxieux, et il risque de développer un attachement *insécurisant* avec sa figure d'attachement (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1973). Lorsque l'enfant a développé un attachement insécurisant, il peine davantage, lorsqu'il ressent de la détresse, à chercher de manière efficace ou à trouver du réconfort auprès de sa figure d'attachement (Cassidy, 2016). Les enfants avec un attachement insécurisant modulent leurs tendances innées à l'attachement afin d'optimiser leurs chances d'être protégés par la figure d'attachement, ce qui peut les conduire à adopter un fonctionnement qui pourra leur être nuisible plus tard dans leurs relations sociales (Miljkovitch, 2001). Ainsi, alors que l'enfant avec un attachement sécurisant peut aller avec confiance vers son donneur de soins lorsqu'il est effrayé, triste, ou en colère, l'enfant dont l'attachement est insécurisant va altérer l'expression de ses besoins pour s'ajuster aux réponses du donneur de soins. En effet, un des éléments qui sous-tend le comportement de l'enfant est que ce dernier agit de manière à trouver un compromis afin d'obtenir une réponse à ses besoins d'attachement. Il apprend donc à modeler ses émotions et son niveau d'activation (p. ex., les amplifier ou au contraire les minimiser)

afin que ses besoins obtiennent une certaine réponse, et ceci, quel qu'en soit le coût pour son fonctionnement ultérieur. Par conséquent, des aspects de son expérience affective personnelle peuvent être désavoués, inversés, fragmentés ou dissociés (Slade, 2011).

Trois patrons de comportements mis en place par l'enfant lorsqu'il est en détresse pour maintenir la proximité avec son donneur de soins ont été décrits initialement par Mary Ainsworth : sécurisant, insécurisant-évitant, et insécurisant-résistant/ambivalent (Ainsworth et al., 1978). L'enfant qui a développé un attachement sécurisant signale en cas de besoin sa détresse à sa figure d'attachement, recherche ou induit sa proximité, est rassuré par elle, et poursuit son exploration après avoir été réconforté. Les observations ont montré que la figure d'attachement de l'enfant avec un attachement sécurisant a généralement tendance à encourager ce dernier à explorer son environnement mais est sensible, disponible, et rassurante pour son enfant en cas de besoin. L'enfant qui a développé un attachement insécurisant-évitant manifeste peu ou pas sa détresse et ne cherche pas la proximité de sa figure d'attachement; il se laisse toutefois approcher par elle, mais il détourne rapidement son attention vers l'exploration de son environnement. Il a été observé que la figure d'attachement de l'enfant avec un attachement insécurisant-évitant exprime un inconfort pour le contact physique quand l'enfant le recherche et exprime peu d'émotions durant ses interactions avec lui. L'enfant qui a formé un attachement insécurisant-résistant/ambivalent exprime de manière amplifiée sa détresse, est difficilement réconforté par sa figure d'attachement, se montre parfois agressif envers elle et a des difficultés à reprendre l'exploration de son environnement. Les

observations montrent que la figure d'attachement de l'enfant avec un attachement insécurisant-résistant/ambivalent est moins sensible lorsqu'elle interagit avec son enfant, interfère plus dans ses comportements et est moins accessible à ses demandes ou à ses tentatives que les figures d'attachement des enfants sécurisants.

Cependant, il a été constaté dans des recherches ultérieures que certains enfants ne semblent pas avoir de stratégies organisées pour composer avec le stress induit par la séparation d'avec leur figure d'attachement (Main & Salomon, 1990). Ces enfants, identifiés comme ayant un attachement insécurisant-désorganisé, manifestent des intentions ou des comportements contradictoires qui impliquent une appréhension vis-à-vis du donneur de soins (Main & Salomon, 1990). En effet, à l'origine de l'attachement insécurisant-désorganisé se trouverait la peur de l'enfant à l'égard du parent. Le parent, par ses comportements ou par son état, fait peur à l'enfant. Comme nous l'avons vu, la peur active chez l'enfant un besoin de proximité avec sa figure d'attachement; or, dans ce cas, la proximité avec le parent augmente la peur de l'enfant. Ce dernier vit alors un conflit entre son besoin de proximité et son besoin de distance, car il n'y a pas de possibilité d'obtenir du réconfort de la part d'une personne effrayante (Main & Salomon, 1990). Lorsqu'ils ont besoin de réconfort, ces enfants vivent alors « une peur sans solutions » (Main & Hesse, 1990; Main & Salomon, 1990). Les comportements des enfants qui ont développé un attachement désorganisé peuvent donc être compris comme découlant de formes extrêmes de conflits intrapsychiques et d'ambivalence par rapport à la recherche de proximité. Malgré sa détresse, et à cause de la contradiction interne qui

existe entre son besoin de rapprochement avec sa figure d'attachement et la peur qu'elle engendre, l'enfant éprouve des difficultés très importantes à établir une proximité avec sa figure d'attachement; ces tentatives n'aboutissent donc pas à un contact avec le donneur de soins, ou alors ce contact est accompagné d'évitement. Concrètement, en cas de détresse, ces enfants peuvent adopter des comportements de type approche/évitement (en s'avançant et en se détournant de manière séquentielle ou simultanée de la figure d'attachement), ils peuvent aussi sembler désorientés, avoir visiblement peur lorsque le parent est présent, ou adopter des expressions ou des comportements singuliers (s'immobiliser soudainement, figer pendant de nombreuses secondes). Compte tenu de l'absence de stratégie comportementale organisée à l'égard de la figure d'attachement, on qualifie d'*attachement désorganisé* le lien établi entre ces enfants et leur donneur de soins (Main & Salomon, 1990). Les comportements atypiques manifestés par les enfants ayant un attachement insécurisant-désorganisé sont relativement transitoires (p. ex., peuvent durer de 10 à 30 secondes) et ce sont des séquences de comportements qui semblent ne pas avoir d'intention cohérente. Des études indiquent qu'approximativement 15 % des enfants de la classe moyenne sont considérés comme ayant un attachement insécurisant-désorganisé, alors que cette proportion monte à 34 % dans les échantillons à bas revenus (van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Les enfants maltraités sont plus à risque de présenter un attachement insécurisant-désorganisé que les enfants qui ne le sont pas. Toutefois, les enfants qui vivent dans des familles aux prises avec des difficultés socioéconomiques importantes, peu importe qu'ils soient maltraités ou non, présentent aussi un risque élevé concernant la

désorganisation (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2010). L'attachement désorganisé peut se développer au sein de divers patrons d'interactions parent-enfant partant des échecs répétés de la part du parent à répondre de façon minimalement adéquate à la détresse de l'enfant, jusqu'à la maltraitance (Cyr et al., 2010; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016; Madigan et al., 2006). Plus spécifiquement, l'enfant est à risque de développer un attachement insécurisant-désorganisé lorsqu'il vit régulièrement des situations au cours desquelles sa figure d'attachement, sensée être une source de réconfort, provoque chez lui de la peur. L'enfant vit alors un dilemme sans solutions, car il a besoin d'une proximité émotionnelle et physique avec une figure d'attachement, mais il en a peur. Les comportements parentaux qui induisent cette « peur sans solutions » chez l'enfant, sont les comportements effrayants du parent (tels que des comportements brusques et soudains, comme mettre un jouet dans le visage de l'enfant, ou des comportements d'attaque, comme grogner), mais aussi les comportements effrayés du parent, c'est-à-dire les comportements qu'il adopte lorsqu'il est lui-même effrayé (Main & Hesse, 1990). Un parent effrayé peut par exemple avoir une expression faciale de peur, adopter des comportements de retrait face à l'enfant, et sembler désorienté ou même dissocié. Le point commun de ces comportements effrayés est que la figure d'attachement est alarmante pour l'enfant qui aurait besoin de réconfort. Dans ce cas, d'une part la peur que ressent le parent peut être transmise à l'enfant, et d'autre part le parent n'est pas disponible psychologiquement pour apaiser l'enfant en détresse. Au même titre que les comportements parentaux effrayants et effrayés, des comportements parentaux atypiques/dysrégulés ont été associés à l'attachement

désorganisé. Ces comportements atypiques ont été évalués avec la grille de codage AMBIANCE (*Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification*) (Bronfman, Parsons, & Lyons-Ruth, 1992-2004) qui évalue la qualité des interactions parent-enfant au cours de périodes d'observations. La grille ambiance est constituée de 5 dimensions : les erreurs de communication affective (p. ex., des contradictions dans les signaux envoyés à l'enfant), une confusion des rôles ou des frontières (p. ex., traiter l'enfant comme un partenaire conjugal ou sexuel), des comportements effrayés/désorientés (p. ex., lorsque le parent paraît effrayé lorsqu'il est en relation avec l'enfant), des comportements intrusifs/négatifs (p. ex., lorsque le parent se comporte de manière agressive envers l'enfant, ou des comportements de retrait (p. ex., lorsque le parent maintient les interactions à distance) (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016; Madigan et al., 2006). L'attachement désorganisé à l'enfance est, parmi les formes d'attachement insécurisant, celle qui est davantage associée à des difficultés d'adaptation psychosociale au cours du développement, comme des problèmes de comportement intériorisés et extériorisés (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016), c'est pourquoi nous nous intéresserons dans notre étude à une forme d'attachement désorganisé et à ses conséquences. Plus précisément, nous nous pencherons sur une forme d'attachement désorganisé lorsque l'enfant a atteint l'âge adulte, l'état d'esprit d'attachement hostile/impuissant, et nous examinerons les conséquences de cet état d'esprit d'attachement désorganisé du parent sur certaines caractéristiques du développement psychique de l'enfant.

Attachement désorganisé à l'âge adulte : l'état d'esprit d'attachement hostile/impuissant

« L'attachement désorganisé ne mériterait pas autant d'attention de la part des psychothérapeutes s'il restait confiné à l'enfance » [traduction libre] (Allen, 2012, p. 186).

Entrevue d'attachement adulte

Selon Bowlby (1973) l'attachement est important tout au long de la vie. En particulier, les modèles internes opérants (MIO) construits par l'individu durant l'enfance ont tendance à se maintenir dans le temps, et, bien qu'ils puissent être révisés, ils influencent significativement son adaptation et ses relations ultérieures. L'Entrevue d'attachement adulte (AAI; *Adult Attachment Interview*), est un instrument de mesure conçu par George et al. en 1985 pour évaluer les représentations d'attachement chez l'adulte. Cet outil n'est pas conçu pour estimer la qualité de l'attachement que l'interviewé a développé avec une personne en particulier, il s'agit plutôt d'évaluer son état d'esprit actuel concernant ses expériences d'attachement passées et la valeur accordée aux relations d'attachement. Cet état d'esprit général est nommé *état d'esprit d'attachement*. Concrètement, l'Entrevue d'attachement adulte est un entretien semi-structuré d'environ 1 heure (de 45 min à 1 h 30) au cours duquel une vingtaine de questions sont posées à l'interviewé pour l'inciter à décrire et à évaluer les expériences d'attachement vécues dans son enfance. La tâche centrale à laquelle la personne interrogée doit faire face pendant l'entretien est de se rappeler et de réfléchir sur des souvenirs liés à l'attachement tout en maintenant un discours cohérent et intégré (aussi

qualifié de discours consistant/collaboratif). L'entretien se déroule selon un rythme rapide, et il peut arriver que l'interviewé se contredise, soit confus, ou encore fasse des digressions s'il n'a pas développé une représentation cohérente de ses expériences d'attachement passées et de leur impact potentiel sur sa vie adulte. Cette tâche difficile a le potentiel de « surprendre l'inconscient » (Hesse, 1999). Des études ont montré que l'évaluation de l'état d'esprit d'attachement n'est pas influencée par l'intelligence de la personne interrogée ou par sa capacité à se souvenir, ni non plus par le fait que les souvenirs évoqués soient vrais ou faux (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 1993; Sagi et al., 1994). En effet, des personnes interrogées qui n'étaient pas capables de produire un discours cohérent et coopératif pour ce qui concernait leurs relations d'attachement passées, en étaient capables lorsqu'elles parlaient de leur travail (Crowell et al., 1996). Ce qui est évalué, c'est donc la manière dont la personne se représente et comprend son histoire d'attachement et la façon dont celle-ci est présentée et discutée (Hesse, 1999).

État d'esprit d'attachement hostile/impuissant

Par le biais de l'Entrevue d'attachement adulte, Lyons-Ruth et ses collaborateurs ont identifié chez l'adulte l'état d'esprit hostile-impuissant (ou état d'esprit HH pour *Hostile/Helpless*), une forme d'attachement désorganisé qui serait un prolongement chez l'adulte de la désorganisation de l'attachement chez l'enfant (Lyons-Ruth et al., 2005). Le système de codage hostile/impuissant a été développé par Lyons-Ruth, Melnick, Atwood, et Yellin (2003) pour caractériser à partir de l'AAI le récit des mères d'enfants

ayant développé un attachement désorganisé (Lyons-Ruth, Melnick et al., 2003). Les chercheurs tentaient aussi de comprendre ce que devenait la catégorie d'attachement désorganisé chez l'enfant lorsque ce dernier devenait adulte. L'objectif de ces travaux était de découvrir les processus qui sous-tendaient la transmission intergénérationnelle de l'attachement désorganisé. Le système de codage HH est aussi conçu pour repérer l'état d'esprit non-intégré qui accompagne les expériences de trauma relationnel vécues dans le cadre des relations avec les figures d'attachement (Lyons-Ruth et al., 2005). Des formes extrêmes d'états mentaux non-intégrés avaient été décrites par la psychanalyse et par la littérature sur les traumatismes, il s'agissait des états mentaux marqués par le clivage et par la dissociation (Melnick, Finger, Hans, Patrick, & Lyons-Ruth, 2008). Lyons-Ruth et ses collaborateurs ont alors élaboré un système de codage pour repérer des indices révélateurs de ces mécanismes dans le discours d'adultes s'exprimant sur leur histoire avec leurs figures d'attachement. Le système de codage HH est donc le résultat de l'intégration de concepts issus de la théorie de l'attachement (tels que les modèles internes opérants), des travaux sur les traumatismes (comme la dissociation) et de la psychanalyse (tels que le clivage et l'identification à l'agresseur) (Lyons-Ruth et al., 2005; Melnick et al., 2008). Ce système de codage HH permet de plus d'identifier l'état d'esprit d'attachement particulier souvent présent dans les échantillons à haut risque psychosocial comme les mères négligentes, les criminels, les personnes traumatisées et la population clinique (Frigerio et al., 2013; Lyons-Ruth et al., 2005; Lyons-Ruth, Melnick et al., 2003).

Le discours de la personne qui présente un état d'esprit HH contient des éléments indiquant que des attitudes et des comportements de type hostile ou impuissant, ou les deux, sont utilisées pour gérer les affects liés à l'attachement (Lyons-Ruth et al., 2005). Ainsi, les pôles hostile et impuissant sont les manifestations d'un même prototype de relation polarisée de type contrôlant/contrôlé ou victime/agresseur que le parent a éprouvé en tant qu'enfant (Lyons-Ruth & Spielman 2004). Les pôles hostile et impuissant, qui semblent à première vue opposés, sont en fait les manifestations d'un même modèle interne de relation (Melnick et al., 2008). Un même individu peut donc montrer l'un ou l'autre, ou les deux pôles, à différents moments, dans différentes situations, dans différentes relations, ou au sein d'un même comportement contradictoire (p. ex., de type approche/évitement) (Lyons-Ruth & Spielman, 2004). L'état d'esprit HH implique que la figure d'attachement est représentée et décrite à partir d'une coupure entièrement bon/entièrement mauvais (Lyons-Ruth et al., 2005). Les personnes qui ont un état d'esprit HH font des évaluations extrêmes, non nuancées, et parfois contradictoires du donneur de soins, sans commentaires métacognitifs pour atténuer ou expliquer leurs propos. Elles ne semblent pas avoir suffisamment intégré leurs pensées, leurs émotions et leurs expériences antérieures d'attachement pour pouvoir voir le soi et les autres comme des êtres multidimensionnels avec à la fois des côtés positifs et négatifs. Les contradictions ne sont donc pas amenées par la réflexion à un niveau conscient (Melnick et al., 2008). Les personnes peuvent présenter un état d'esprit hostile-impuissant caractérisé davantage à certains moments par le pôle hostile, ou le pôle impuissant, ou encore un mélange des deux. Concernant le pôle hostile, au moins

une des figures d'attachement est décrite en termes globalement négatifs comme étant malveillante et la personne semble s'identifier avec le donneur de soins dévalué et hostile, c'est-à-dire qu'elle valorise ou accepte des similarités ou valorise la proximité entre elle et le donneur de soins. Ce processus correspond à l'identification à l'agresseur. Il peut aussi y avoir dans l'AAI de ces personnes, la présence d'un blocage (mis à distance) d'événements douloureux et d'une limitation/négation des sentiments de vulnérabilité. Pour le pôle impuissant, des références fréquentes à un sentiment envahissant de peur et d'impuissance, et une identification avec une figure d'attachement victimisée et décrite comme impuissante et incapable d'assumer son rôle parental sont saillants lors de l'entrevue d'attachement. De plus, une évaluation globalement négative du soi (considéré comme méritant d'être blâmé, ou comme étant mauvais) est manifeste. Il semble que les personnes avec un état d'esprit HH ne réussissent pas à donner du sens à leurs relations d'attachement douloureuses passées (Lyons-Ruth et al., 2005).

État d'esprit d'attachement hostile/impuissant et les traumatismes dans l'enfance

Des études ont montré des liens entre les traumatismes dans l'enfance (la maltraitance) et l'état d'esprit d'attachement HH à l'âge adulte. Ainsi les résultats d'une étude effectuée auprès d'un échantillon de 112 jeunes adultes de niveau socioéconomique faible à modéré (dont 38 avaient été référés aux services sociaux lorsqu'ils étaient enfants en raison de craintes concernant les soins qu'ils recevaient) indiquent que la sévérité de l'abus vécu durant l'enfance est significativement reliée à l'état d'esprit HH du jeune

adulte, et cela, même après avoir contrôlé pour le niveau de risque socioéconomique de la famille d'origine du jeune et son niveau d'éducation (Byun, Brumariu, & Lyons-Ruth, 2016). Dans une étude menée en 2003 par Lyons-Ruth, Yellin, Melnick et Atwood auprès de 45 mères et leur bébé (dont certains étaient suivis ou surveillés par les services sociaux en raison d'inquiétudes concernant la qualité de la relation mère-enfant), les auteurs ont trouvé que l'état d'esprit HH des mères n'était pas relié au risque démographique, mais qu'il était relié à la sévérité des traumatismes vécus par la mère dans son enfance. Enfin, une autre étude sur l'état d'esprit HH s'est aussi intéressée au vécu de maltraitance durant l'enfance (Milot et al., 2014). L'étude a porté sur 70 mères issues d'un milieu socioéconomique défavorisé, dont 48 mères négligentes et 22 mères à risque de négliger leur enfant. Il a été observé que les mères ayant un état d'esprit HH avaient été abusées (émotionnellement et sexuellement) et négligées (physiquement) plus fréquemment que les mères n'ayant pas un état d'esprit HH. De plus, le cumul de différents types de maltraitance vécus par les mères ayant un état d'esprit HH était près du double de celui des mères n'ayant pas un état d'esprit HH. Enfin, le score des mères sur une échelle d'état d'esprit HH (variant de 1 à 9) était plus élevé chez les mères qui avaient vécu des abus (physiques, émotionnels et sexuels) et de la négligence (physique) que chez celles qui n'en avaient pas vécu.

État d'esprit d'attachement hostile/impuissant et la qualité de la relation parent-enfant

Des études empiriques ont trouvé des liens entre l'état d'esprit HH de mères et une altération de la qualité de la relation de ces mères avec leur enfant. Ainsi, Frigerio et

al. (2013) ont exploré les liens entre l'état d'esprit HH de mères de jeunes enfants et le risque que ces mères maltraitent leur enfant. L'échantillon de l'étude était composé de 102 femmes réparties en trois groupes : (1) groupe à faible risque (composé de mères de classe moyenne-aisée); (2) groupe à faible revenu (composé de mères peu scolarisées à faible revenu); et (3) groupe à risque élevé de maltraitance (composé de mères recevant de l'aide des services sociaux en raison de risque élevé de maltraitance et de mères suivies par les services de Protection de la jeunesse pour maltraitance avérée). Les résultats ont montré un lien entre l'état d'esprit HH et le risque de maltraitance. Les mères du groupe à risque élevé de maltraitance avaient un score d'état d'esprit HH plus élevé que les mères du groupe à faible revenu et que les mères du groupe à faible risque. De plus, la proportion de mères ayant un état d'esprit HH était de 9 % dans le groupe à faible risque, 20 % dans le groupe à faible revenu, 60 % dans le groupe à risque élevé de maltraitance, et 75 % dans le sous-groupe de mères dont l'enfant était maltraité. S'intéressant aux conséquences extrêmes de la dégradation de la qualité des interactions mère-enfant, une étude portant sur les facteurs qui avaient pu conduire des mères à commettre un filicide a été menée en 2014 par Barone et al. Les 121 participantes étaient issues de trois groupes : des mères de la population normative, des mères avec un trouble mental et des mères ayant commis un filicide. Le groupe de mères ayant commis un filicide se distinguait des deux autres groupes par une proportion plus élevée de mères présentant un état d'esprit HH. La proportion de mères ayant un état d'esprit HH était de 6,6 % pour les mères issues de la population normative, de 27 % pour les mères avec un trouble mental, et de 65,2 % pour les mères ayant commis un filicide.

Dans l'étude de Milot et al. (2014) (citée dans la section précédente), les chercheurs ont recruté un échantillon à faible revenu et peu scolarisé constitué de mères négligentes et de mères à haut risque de négligence. Les résultats n'indiquaient pas de différences entre les deux groupes de mères pour ce qui concernait l'état d'esprit HH, mais le pourcentage de mères avec un état d'esprit HH au sein de cet échantillon à haut risque psychosocial était de 64 %. Ce résultat suggère que l'état d'esprit HH était particulièrement fréquent chez les mères ayant de la difficulté à assumer adéquatement leur rôle parental.

Dans leur étude portant sur la précocité des effets de l'état d'esprit HH sur la relation parent-enfant, Terry, Finger, Lyons-Ruth, Sadler et Slade (2020) ont comparé l'état d'esprit de 26 mères durant la grossesse : 13 mères dont l'enfant a par la suite été placé avant l'âge de 2 ans pour cause de maltraitance ou risque élevé de maltraitance et 13 mères dont l'enfant n'a pas été placé. Les chercheurs ont montré que les mères dont l'enfant avait été placé avaient un niveau d'état d'esprit HH significativement plus élevé que les mères dont l'enfant n'avait pas été placé, ce qui indiquait que l'état d'esprit HH évalué avant même la naissance de l'enfant avait le potentiel d'altérer la relation mère-enfant.

Apportant plus de précisions sur la nature des interactions problématiques entre la mère et l'enfant, Lyons-Ruth et al. (2005) ont examiné les liens entre l'état d'esprit HH de mères et la qualité de la relation avec leur jeune enfant de 18 mois. L'étude était

effectuée auprès d'un échantillon de mères à faible revenu, dont certaines étaient référées par les services sociaux à cause de préoccupations concernant la relation mère-enfant. Cette étude a montré que l'état d'esprit HH des mères était relié à des perturbations dans la communication affective avec l'enfant, mis en évidence par la manifestation par la mère de comportements atypiques/dysrégulés. Spécifiquement, ces comportements maternels atypiques/dysrégulés incluaient des comportements négatifs-intrusifs (comportements effrayants qui interfèrent avec l'élan de l'enfant ou qui véhiculent une attitude hostile vis-à-vis de lui), une confusion des rôles (le parent priorise ses besoins au détriment de ceux de l'enfant), de la désorientation (comportements maternels effrayés ou affects atypiques), des erreurs dans la communication affective (p. ex., contradiction entre le langage verbal et non verbal de la mère, échecs à offrir une réponse à des demandes de réconfort claires de la part de l'enfant) et du retrait (comportements maternels qui communiquent une réticence à interagir pleinement avec l'enfant).

S'intéressant pour leur part à un aspect très précis de la relation parent-enfant, Vulliez-Coady, Obsuth, Torreiro-Casal, Ellertsdottir et Lyons-Ruth (2013) ont trouvé un lien entre l'état d'esprit HH des mères et la présence de confusion des rôles parent-enfant dans la dyade mère-enfant. La confusion des rôles fait référence à un processus dyadique au cours duquel le parent ne parvient pas à exercer de manière appropriée ses fonctions parentales; c'est alors l'enfant qui prend en charge les fonctions généralement assumées par le parent. Dans cette étude réalisée auprès d'un échantillon composé

de 51 mères à faible revenu et leur enfant-adulte (âgé entre 18 et 22 ans), la confusion des rôles était mesurée par le biais d'une entrevue faite auprès des mères et portant sur la qualité de la relation avec leur enfant durant les périodes de l'enfance et de l'adolescence. Les résultats révélaient une relation significative entre l'état d'esprit HH des mères et la confusion des rôles entre elle et leur enfant. Les résultats de ces diverses études suggèrent que l'état d'esprit HH est impliqué dans l'altération des comportements de soins du parent (*caregiving behavior*).

État d'esprit d'attachement hostile/impuissant et les difficultés développementales de l'enfant

Des études ont établi des liens entre l'état d'esprit HH des mères et des difficultés développementales chez l'enfant. Ainsi, dans l'étude de Lyons-Ruth et al. (2005) citée à la section précédente, les résultats indiquaient que l'état d'esprit HH des mères était associé au développement d'un attachement insécurisant-désorganisé chez l'enfant. Or, ce type d'attachement a été relié dans de nombreuses études à diverses formes de psychopathologie chez l'enfant (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2005; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016; van IJzendoorn et al., 1999). Plus récemment, dans leur étude réalisée auprès de 61 dyades parent-enfant dont les enfants âgés entre 1 et 6 ans étaient maltraités ou à risque élevé de l'être, Sauvé et al. (2021) ont montré que parmi les parents qui avaient un état d'esprit HH, plus les expériences traumatiques vécues dans leur enfance étaient sévères, plus marqués étaient les troubles du comportement intériorisés ou extériorisés de leur enfant. Or, parmi les parents qui n'avaient pas un état d'esprit HH, le lien entre les traumas vécus par les parents dans

leur enfance et les problèmes de comportements intériorisés et extériorisés des enfants n'était pas significatif. Ces éléments montrent que l'état d'esprit HH du parent est susceptible de contribuer de manière significative aux difficultés développementales de l'enfant.

Traumatismes chez l'enfant

Dans cette section, nous présentons la notion de trauma qui implique un ensemble de conséquences psychiques marquées et durables, puis nous proposons des explications sur la façon dont la relation parent-enfant peut contribuer au développement d'un trauma chez l'enfant.

Traumas

Selon le DSM-5, un *trouble du stress post-traumatique* risque de survenir en conséquence d'une exposition à une menace de mort, à une blessure grave, ou à des violences sexuelles (American Psychiatric Association, 2013). L'exposition à de tels événements peut conduire au développement de symptômes envahissants (tels que des souvenirs ou des rêves répétitifs, des réactions dissociatives, une détresse intense, ou une réaction physiologique marquée dans certaines situations), des efforts persistants pour éviter les pensées ou les situations qui pourraient ressembler à la situation traumatique, des altérations négatives des cognitions et de l'humeur, et une hyperréactivité qui se traduit par des crises de colère ou de l'hypervigilance. Cependant, le *trauma* peut être défini d'une manière plus générale, comme étant l'ensemble des conséquences psychiques durables qu'ont sur un individu des événements extrêmement stressants.

Dans cette perspective, le trauma est considéré comme étant une blessure psychique causée par un choc émotionnel qui reste réprimé ou non résolu (Allen, 2001). D'après cette conception, les événements potentiellement traumatiques n'induisent pas nécessairement une réponse traumatique de la part de l'individu. En effet, sa perception, son interprétation, et sa réponse émotionnelle à la situation, en d'autres mots sa propre expérience subjective, sont déterminantes dans le développement d'un trauma chez un individu. L'esprit humain n'est pas capable d'assimiler ou de se protéger de menaces environnementales qui génèrent un stress excédant certaines limites. Dès lors, lorsqu'un événement excède la capacité de traitement psychologique de l'individu, ce dernier risque de développer un trauma (Jordan, 2010). Plus précisément, c'est l'incapacité à réguler la peur qui serait à la base de toutes les formes de traumas (Amos, Furber, & Segal, 2011). Cette situation survient lorsque l'individu est confronté à des événements qu'il perçoit comme étant incontrôlables ou imprévisibles et qui induisent chez lui un sentiment d'impuissance ainsi qu'un stress intense. Si ces événements sont interprétés comme présentant une menace pour son intégrité physique ou pour son intégrité psychologique, et si l'individu se sent terrifié et tout seul (Allen, 2001), alors il risque de se produire en lui une rupture dans sa capacité à réguler ses états internes, rupture qui peut mener au développement des symptômes décrits dans le DSM-5 (van der Kolk & Courtois, 2005).

Traumas cachés

Les situations traumatiques sont souvent décrites comme étant celles qui menacent objectivement l'intégrité physique de l'individu. Or, les expériences menaçantes peuvent être très différentes pour les jeunes enfants. En effet, en raison de leurs capacités cognitives limitées, il arrive que ces derniers ne soient pas en mesure d'évaluer adéquatement le niveau de menace réelle que représentent les situations auxquelles ils sont confrontés (Bureau et al., 2010). Un événement potentiellement menaçant n'est donc pas nécessairement interprété comme tel par le jeune enfant en fonction de ses caractéristiques objectives, mais plutôt en fonction des signaux affectifs de la personne qui prend soin de lui et de la disponibilité de cette dernière à assurer sa protection, ainsi qu'en fonction de ses propres réactions physiologiques. En outre, non seulement le jeune enfant ne peut juger du niveau réel de la menace, mais en plus, ses capacités d'adaptation à cette menace éventuelle sont limitées. Ainsi, ce qui représente la première ou principale menace pour l'enfant est le risque d'être séparé de la personne qui prend soin de lui, ou encore que cette personne ne réponde pas à ses signaux de détresse (Lyons-Ruth, Dutra, Schuder, & Bianchi, 2006). C'est pourquoi, ce qui peut être traumatisant pour l'enfant n'est pas uniquement l'exposition à un événement objectivement menaçant, mais également la non-disponibilité de la personne qui prend soin de lui lorsque l'enfant se sent menacé ou en détresse. Une relation parent-enfant perturbée peut donc être traumatique pour le jeune enfant dont les capacités à réguler ses émotions ne sont pas encore suffisamment développées si ce dernier est laissé régulièrement seul psychologiquement à gérer des états émotionnels trop intenses ou

encore s'il est accompagné d'un parent qui perçoit mal les états mentaux de son enfant (Pearlman & Courtois, 2005). Ces événements répétés de non-disponibilité parentale, plus subtils et en apparence moins dramatiques, conduiraient à des conséquences physiologiques similaires aux conséquences induites par des événements saillants qui seraient clairement menaçants pour l'intégrité physique et psychologique de l'enfant (tels que des comportements parentaux d'abus physique). Ainsi, les enfants exposés de manière répétée à la non-disponibilité parentale présentent entre autres une hyper régulation ou au contraire une hyporégulation de la réponse de stress contrôlée par l'axe LHPA (Limbo-hypothalamo-hypophyso-surrénalien) (Lyons-Ruth, Dutra et al., 2006). Un enfant qui n'a pas reçu de manière constante et régulière de la part de la personne qui s'occupe de lui, la protection, les soins et le soutien minimal nécessaire à la régulation de ses émotions, va aussi développer des difficultés à adopter des comportements qui lui permettraient de trouver du réconfort auprès d'une figure d'attachement dans les situations où il est hyperactivé. Les conséquences de ces modifications physiologiques et comportementales pourraient mener à un *trauma caché* chez l'enfant qui aurait un impact au moins aussi important sur son développement que des comportements maltraitants qui sont plus facilement observables (Bureau et al., 2010). Ce ne sont pas les symptômes traumatiques qui sont cachés, mais plutôt l'origine du trauma. En effet, dans le cas d'un trauma caché, aucun événement saillant ne semble avoir menacé l'intégrité physique de l'enfant; ce dernier peut ne pas avoir subi d'abus physique, d'abus psychologique, ni d'abus sexuel tels que définis par les services de protection de la jeunesse, et pourtant il présente des symptômes traumatiques. Ce qui est « caché »,

c'est le caractère alarmant de la situation telle qu'elle est perçue par l'enfant. Vécues de manières répétées, ces expériences subjectives de peur, de détresse et d'impuissance s'accumuleraient chez l'enfant, qui, débordé et envahi régulièrement par ses émotions, finirait par développer des symptômes traumatiques qui ne seraient pas dus à des événements dramatiques flagrants. Il est vrai toutefois, qu'un observateur attentif pourrait considérer ces situations vécues par l'enfant comme des indications que le parent manque de sensibilité et qu'il est peu disponible émotionnellement pour rassurer et protéger son enfant. Quoi qu'il en soit, lorsque le parent n'a pas régulé de manière constante et minimalement adéquate les émotions de l'enfant, ce dernier ne parvient pas à développer la capacité à réguler lui-même ses émotions et son niveau d'activation physiologique (Allen, 2001). De surcroît, la non-disponibilité du parent pour la régulation des émotions de son enfant n'est pas la seule source de stress possible chez l'enfant dans la relation d'attachement. Ainsi, d'après Melnick et al. (2008), les interactions mère-enfant qui comprennent des comportements parentaux atypiques/dysrégulés, comme des comportements hostiles/intrusifs (p. ex., se moquer de l'enfant), paradoxaux ou contradictoires (comme inviter l'enfant à s'approcher tout en s'éloignant de lui), de retrait (p. ex., ignorer ou hésiter à répondre aux demandes d'interaction de l'enfant), ou dénotant une confusion des rôles (p. ex., demander une marque d'affection à l'enfant alors que ce dernier est en détresse), peuvent provoquer chez l'enfant des blessures psychiques qui vont s'accumuler et potentiellement causer un trauma caché chez l'enfant bien que ce dernier n'ait pas subi d'abus tels que définis par les services de protection de la jeunesse. En effet, non seulement ces comportements

inadaptés et répétés de la part de la mère intensifient les affects négatifs ressentis par l'enfant mais ils ne permettent pas à la mère de réguler la peur ou la détresse de son enfant.

Qualité de la relation parent-enfant et symptômes traumatiques chez l'enfant

Peu d'études se sont penchées sur les liens entre la qualité de la relation parent-enfant et la présence de symptômes traumatiques chez l'enfant. Toutefois, dans une étude qui avait pour objectif d'examiner le rôle de la qualité de la communication socioaffective mère-enfant dans le développement de symptômes traumatiques chez l'enfant, Milot, St-Laurent, Éthier et Provost (2010) se sont intéressés aux symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance présents chez 105 enfants (âgés en moyenne de 5 ans) dont 72 étaient non maltraités et 33 étaient négligés. Pour ce qui concernait les symptômes traumatiques des enfants tels que rapportés par leur enseignant, les résultats indiquaient que les enfants négligés présentaient plus de symptômes traumatiques que les enfants non négligés, et qu'une moins bonne qualité de communication socioaffective mère-enfant était associée à plus de symptômes traumatiques chez l'enfant. Les analyses révélaient de plus que la qualité de la communication socioaffective mère-enfant prédisait les symptômes traumatiques chez l'enfant au-delà de la contribution de la négligence. Ehrensaft, Knous-Westfall et Cohen (2017) ont quant à eux mené une étude longitudinale de 1999 à 2008 qui portait entre autres sur les liens qui unissaient la qualité des pratiques parentales et les symptômes traumatiques chez l'enfant tels que rapportés par les mères. L'échantillon était constitué de 243 dyades

mère-enfant incluant des enfants âgés entre 6 et 18 ans. La qualité des pratiques parentales était évaluée avec trois sous-échelles d'un questionnaire autorapporté portant sur ce que les auteurs nommaient les pratiques éducatives négatives (et qui portaient sur des perceptions concernant leur expérience de la relation parent-enfant incluant l'insatisfaction avec l'enfant, des problèmes avec la discipline et la perception d'inefficacité), et trois sous-échelles qui évaluaient les pratiques éducatives positives (incluant le fait de se centrer sur l'enfant, le temps passé avec l'enfant, et la proximité). D'après les résultats, les pratiques éducatives positives prédisaient de plus faibles symptômes traumatiques chez l'enfant alors que les pratiques éducatives négatives (perception négative de la relation parent-enfant) prédisaient de plus forts symptômes traumatiques chez l'enfant. Certaines études se sont penchées sur la transmission intergénérationnelle du trauma en élargissant l'éventail des problèmes ou symptômes de l'enfant potentiellement reliés au trauma. Ainsi, dans une étude portant sur la transmission intergénérationnelle de la détresse reliée au trauma, Babcock Fenerci, Chu et DePrince (2016) ont recruté un échantillon composé de 70 dyades mère-enfant, avec des enfants dont l'âge se situait entre 7 et 11 ans. Ils ont utilisé des questionnaires autorapportés complétés par la mère qui évaluait sa relation avec son enfant ainsi que les comportements de son enfant. Les résultats montraient que des interactions dysfonctionnelles entre la mère et l'enfant prédisaient les symptômes intériorisés de l'enfant (dépression, anxiété, faible estime de soi, manque d'intérêt) qui étaient des manifestations de la détresse reliée au trauma d'après les auteurs. Dans une étude plus ciblée, Schwerdtfeger, Larzelere, Werner, Peters et Oliver (2013) ont centré leur

recherche sur la transmission intergénérationnelle du trauma en portant leur attention sur le rôle joué par le style parental dans cette transmission. La recherche portait sur un échantillon de 105 mères et sur leur enfant âgé de 18 à 30 mois. Les styles parentaux évalués étaient ceux conceptualisés par Diana Baumrind, à savoir le style démocratique, le style permissif et le style autoritaire. Les auteurs considéraient que l'enfant souffrait d'un trauma s'il présentait une variété de distorsions dans sa façon de se comporter et de penser. Ces distorsions étaient évaluées par le biais d'un questionnaire complété par la mère mesurant différents types de symptômes, tels des symptômes au niveau des affects et de l'anxiété, ainsi que des symptômes du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), et du trouble oppositionnel avec provocation (TOP). Les résultats montraient que le style autoritaire et le style permissif des parents étaient significativement corrélés avec plus de symptômes chez l'enfant (excepté pour l'anxiété), alors que le style démocratique n'était pas corrélé de manière significative avec les symptômes de l'enfant. En particulier, l'hostilité verbale, une sous-échelle du style autoritaire, prédisait significativement plus de symptômes affectifs et de symptômes appartenant au TDAH et au TOP. Les résultats de toutes ces études confirment donc l'existence de liens entre la qualité des interactions parent-enfant et la présence de symptômes chez l'enfant. Cherchant des tendances générales, Lindstrom Johnson, Elam, Rogers et Hilley (2018) ont mené une méta-analyse portant sur les effets que diverses interventions sensibles au trauma et axées sur l'amélioration des pratiques parentales avaient sur les symptômes chez l'enfant. Selon les auteurs, neuf études ont montré une diminution des symptômes traumatiques de l'enfant de modérée à forte (avec une taille d'effet forte) à la

suite d'interventions visant la qualité des pratiques parentales. Cette méta-analyse suggère donc qu'il existe un lien entre la qualité de la relation parent-enfant et les symptômes traumatiques chez l'enfant.

Objectifs et hypothèses de recherche

Il a été montré que l'état d'esprit d'attachement hostile/impuissant (HH) présent chez l'adulte était lié au trauma vécu dans son enfance. Il a aussi été montré que l'état d'esprit HH du parent était relié à une relation parent-enfant altérée ainsi qu'à des difficultés développementales chez l'enfant. Enfin, nous avons vu que des difficultés dans la relation parent-enfant pouvaient être associées à un trauma chez l'enfant. Cependant, aucune étude ne s'est encore penchée sur les liens entre l'état d'esprit HH du parent, la qualité de la relation parent-enfant et les symptômes traumatiques chez l'enfant. Les résultats de ces études soulèvent la question d'une possible transmission intergénérationnelle du trauma. Ainsi, se pourrait-il que l'état d'esprit HH contribue à une transmission intergénérationnelle du trauma de la mère à l'enfant? Dans ce cas, la présence de cet état d'esprit d'attachement désorganisé chez la mère serait-il associé à l'adoption par celle-ci de pratiques parentales déficientes/problématiques pouvant induire un trauma chez l'enfant? Le but de cette étude est d'évaluer les liens entre l'état d'esprit d'attachement hostile/impuissant de la mère, la qualité de la relation mère-enfant et les symptômes traumatiques chez l'enfant auprès d'un échantillon de mères à faible revenu et leur enfant âgé entre 4 et 6 ans. Notre étude s'intéresse aux traumas cachés, c'est-à-dire aux symptômes traumatiques présents chez les enfants non-maltraités ou

chez les enfants victimes de négligence sans autres formes de maltraitance. L'échantillon de l'étude inclut donc des enfants victimes de négligence qui reçoivent des services de la Protection de la jeunesse et des enfants non-maltraités. La qualité de la relation mère-enfant est évaluée sous deux angles : la qualité de la communication socioaffective mère-enfant et le statut de négligence de l'enfant. Sur la base des travaux théoriques et empiriques issus des domaines de l'attachement et du trauma, nous posons les hypothèses suivantes (voir Figure 1) : (1) il est attendu qu'un état d'esprit HH chez les mères sera associé à davantage de symptômes traumatiques chez les enfants; (2) de plus, il est attendu qu'un état d'esprit HH chez les mères sera associé à une moins bonne relation mère-enfant (une communication socioaffective de plus faible qualité et la présence de négligence); (3) nous prédisons également qu'une faible qualité de la relation mère-enfant sera associée à davantage de symptômes traumatiques chez l'enfant; et enfin (4) il est attendu que la qualité de la relation mère-enfant jouera un rôle médiateur dans le lien entre l'état d'esprit d'attachement HH des mères et les symptômes traumatiques des enfants.

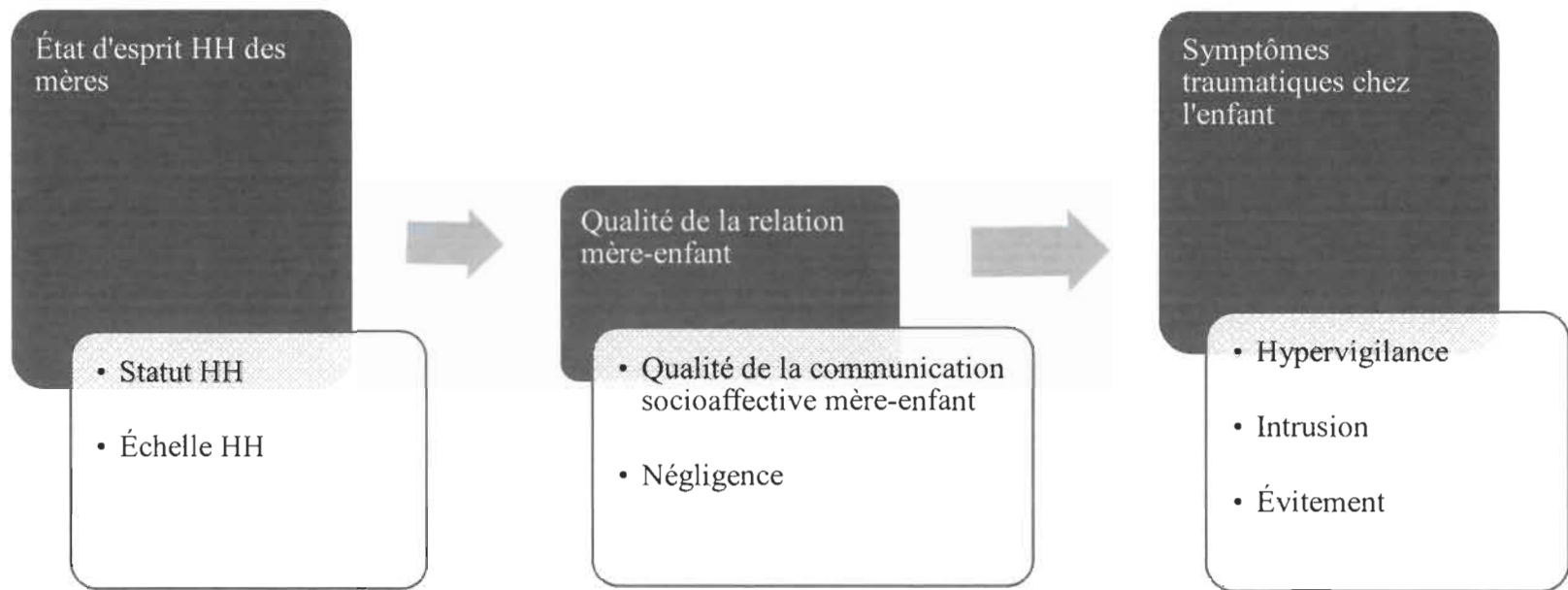


Figure 1. Modèle des relations entre l'état d'esprit HH des mères, la qualité de la relation mère enfant, et les symptômes traumatiques chez l'enfant.

Méthode

Dans cette section, nous présentons les caractéristiques de notre échantillon, la procédure mise en place et les instruments de mesure utilisés pour notre étude.

Participants

L'échantillon de cette étude est composé de 42 enfants d'âge préscolaire (23 garçons et 19 filles) et de leur mère : 20 enfants victimes de négligence ayant fait l'objet d'un signalement fondé pour négligence (non accompagnée d'autres formes de maltraitance) à la Direction de la Protection de la Jeunesse et 22 enfants non négligés. Les enfants sont âgés entre 4 et 6 ans ($M = 61$ mois, $\acute{E}-T = 8,28$; étendue = 48-81 mois). Les dyades mère-enfant de la présente étude prenaient part à une recherche plus vaste portant sur le développement d'enfants négligés et non négligés issus de familles à faible revenu. Ces dyades sont issues d'une population francophone québécoise provenant de régions urbaines et rurales en Mauricie et au Centre-du-Québec. Les enfants négligés et leur mère ont été recrutés auprès du Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec et ils recevaient des services pour négligence au moment de l'étude. Les enfants non-négligés et leur mère ont été recrutés parmi des familles à faible revenu par le biais des CLSC, des Centres de la petite enfance et des écoles des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, et parmi une liste de familles résidant dans ces régions et prestataires de l'aide sociale (liste fournie par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale du

Québec avec l'autorisation de la Commission d'accès à l'information). Avec le consentement de la mère, des vérifications ont été faites afin de s'assurer que les enfants du groupe d'enfants non-négligés n'avaient pas antérieurement reçu des services d'un Centre jeunesse pour cause de maltraitance. Certains critères d'exclusion ont de plus été appliqués dans la sélection des participants lors du recrutement. Ainsi, les enfants qui présentaient un diagnostic de trouble envahissant du développement, de déficience intellectuelle ou de trouble de langage étaient exclus de l'étude. Tous les enfants de l'échantillon vivaient avec leur mère au moment de l'étude et 64 % d'entre elles étaient monoparentales. Le revenu de toutes les familles de l'échantillon était faible, inférieur à 25 000 \$ par année, sauf pour une famille (dont l'enfant est négligé) pour laquelle le revenu se situe entre 40 000 et 45 000 \$ par année. Cependant, cette famille comprenant 9 enfants, elle peut également être considérée à faible revenu. S'ajoutant au fait que les familles de l'échantillon sont à faible revenu, la forte proportion de mères qui perçoivent l'aide sociale (66,7 %) ainsi que leur bas niveau de scolarité confirment qu'il s'agit bien d'un échantillon à risque psychosocial élevé. Le bas niveau de scolarité maternelle est illustré par le nombre réduit d'années d'études ($M = 10,12$, $\acute{E}-T = 2,24$) et l'absence de diplôme d'études secondaires chez 50 % des mères de l'échantillon.

Procédure

Au moment du recueil des données, chaque dyade mère-enfant était d'abord conviée au laboratoire. Au cours de cette première rencontre, une expérimentatrice effectuait une entrevue avec la mère qui consistait à compléter avec elle un ensemble de

questionnaires. Dans cette étude, seules les données du questionnaire sociodémographique ont été utilisées. Au même moment, dans une autre pièce, l'enfant effectuait diverses tâches encadrées par une autre expérimentatrice. Cette première rencontre incluait aussi une période filmée de dix minutes au cours de laquelle une collation était proposée à la dyade mère-enfant. C'est à partir de cette vidéo que la qualité de la communication socioaffective mère-enfant a été évaluée ultérieurement par des codeurs. Lors d'une rencontre subséquente effectuée avec la mère seule, l'Entrevue d'attachement adulte a été réalisée dans le but d'évaluer l'état d'esprit d'attachement des mères. Enfin, les symptômes traumatiques de l'enfant ont été évalués par le biais d'un questionnaire complété par l'éducatrice en garderie ou par l'enseignante de l'école fréquentée par l'enfant.

Instruments de mesure

Nous présentons dans cette section les différents moyens qui ont été utilisés pour recueillir les données, à savoir les questionnaires autorapportés, les observations et les entrevues.

Données sociodémographiques

Un *questionnaire sociodémographique* a été utilisé pour recueillir des informations générales sur la famille : le sexe et l'âge de l'enfant, l'âge de la mère, son niveau de scolarité, le revenu familial, la source de revenus, le nombre d'enfants ainsi que la structure familiale.

Qualité de la relation mère-enfant

Dans notre étude, la qualité de la relation mère-enfant est opérationnalisée en considérant le statut de négligence (enfant négligé ou non-négligé) et la qualité de la communication socioaffective mère-enfant.

Négligence. L'évaluation du statut de négligence a été décrite ci-avant. Elle a été réalisée à partir des dossiers du Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec en relevant la présence ou non d'un signalement fondé pour négligence (sans autre forme de maltraitance) à la Direction de la protection de la jeunesse.

Communication socioaffective mère-enfant. Pour ce qui concerne l'évaluation de la qualité de la communication socioaffective mère-enfant, le protocole était le suivant : lors de la visite en laboratoire, les dyades étaient invitées à partager une collation fournie par l'équipe de recherche (jus, café, biscuits et barres tendres). La dyade était laissée seule durant la période de collation filmée qui durait dix minutes. Un tableau magnétique (permettant d'écrire et de faire des dessins) était laissé à leur disposition durant cette période. Les interactions mère-enfant durant la collation étaient codées à l'aide d'une grille qui permet d'évaluer la qualité socioaffective des échanges dyadiques : la *Grille de communication socioaffective* développée par Moss et ses collègues (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 socioaffectifs 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; et (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). Des scores variant entre 1 et 3 indiquent une qualité de relation cliniquement problématique, alors que des scores de 4 à 7 indiquent une qualité de relation allant d'acceptable à optimale. Cette grille a été utilisée dans diverses études avec des enfants âgés entre 3 et 7 ans et provenant de milieux socioéconomiques variés (Dubois-Comtois & Moss, 2004; Dubois-Comtois, Moss, Cyr, Pascuzzo, & Vandal, 2013; Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2004; Moss et al., 1998; Moss & St-Laurent, 2001). La codification a été effectuée par trois codeurs expérimentés (ignorant toute information concernant les dyades) ayant codé 200 dyades mère-enfant issues de milieux défavorisés, incluant les dyades de la présente étude. Les accords interjuges (corrélations intraclasse) calculés sur 20 % du large échantillon de 200 familles varient de 0,78 à 0,88 pour les différentes échelles. Pour les analyses de la présente étude, seule l'échelle de qualité globale a été utilisée puisqu'elle est très fortement liée avec chacune des autres échelles (les corrélations varient entre 0,89 et 0,94).

État d'esprit d'attachement hostile-impuissant de la mère

L'*Entrevue d'attachement adulte* (3^{ième} édition) (George, Kaplan, & Main, 1996) est utilisée pour évaluer l'état d'esprit d'attachement de la mère. Cet outil de mesure consiste en un entretien semi-structuré dont la durée peut varier entre 45 minutes et 1 heure et demie selon les participants et qui amène la personne interrogée à qualifier ses relations précoces avec ses parents et à décrire des épisodes spécifiques pour illustrer ces propos. Le *Système de codification Hostile-Impuissant* de Lyons-Ruth, Melnick, Atwood et Yellin (2006) permet d'évaluer l'état d'esprit d'attachement hostile-impuissant des participants sur la base de leur discours lors de l'entrevue d'attachement adulte. Ce système de codage consiste à repérer dans la retranscription de l'entrevue effectuée avec les mères un certain nombre d'indicateurs qui permettent d'établir un score global d'état d'esprit HH sur une échelle entre 1 et 9. Les participants qui se voient attribuer un score égal ou supérieur à 5 sont considérés comme ayant un état d'esprit HH. Pour ce faire, le codeur doit évaluer dans quelle mesure les réponses de la mère correspondent à la description des 16 indicateurs du manuel de codage. Les indicateurs principaux sont les suivants: dévaluation globale d'un donneur de soins décrit comme étant hostile, identification avec un donneur de soins hostile, adoption d'une posture invulnérable, rire face à la douleur, représentation d'un donneur de soins décrit comme étant impuissant ou abdiquant son rôle parental, identification avec un donneur de soins impuissant, références récurrentes à un sentiment de peur, sens de soi comme étant mauvais. Dans notre étude, nous utilisons deux variables qui décrivent l'état d'esprit hostile/impuissant de la mère : d'une part, le statut HH de la mère, une variable dichotomique qui réfère au

fait que la mère a ou non un état d'esprit d'attachement hostile/impuissant, et d'autre part le score des mères sur l'échelle HH.

Symptômes traumatiques de l'enfant

Le questionnaire *Trauma Symptom Checklist for Young Children* (TSCYC; Briere, 2005) complété par l'éducatrice/enseignante de l'enfant évalue les symptômes traumatiques de l'enfant. Ce questionnaire mesure les symptômes de traumatisme chez les enfants âgés de 3 à 12 ans. Dans le cadre de cette étude, les trois échelles mesurant les principales manifestations de réactions traumatiques chez l'enfant, c'est-à-dire l'hypervigilance, l'évitement, et l'intrusion, ont été utilisées. Ces trois échelles comportent 27 items. L'hypervigilance peut être présente lorsque l'enfant éprouve des difficultés à se concentrer et à être attentif, ou lorsqu'il a tendance à sursauter, à tressaillir, ou à être effrayé. L'hypervigilance est aussi manifeste lorsque l'enfant est toujours aux aguets, est tendu, est nerveux, ou bien éprouve des difficultés à rester sans bouger, ou encore ne dort pas bien. L'évitement peut être présent lorsque l'enfant refuse de se rendre dans certains endroits ou de fréquenter certaines personnes qui pourraient lui évoquer l'événement pénible qu'il a vécu, ou bien lorsqu'il ne veut pas parler ou penser à l'événement marquant, ou encore lorsqu'il ne parvient pas à se rappeler certains éléments en lien avec cet événement. L'évitement peut aussi se manifester par une perte d'intérêt pour des activités que l'enfant aimait avant d'avoir vécu l'événement pénible, ou encore lorsque l'enfant semble ne rien ressentir par rapport à cet événement. L'intrusion peut être présente lorsque l'enfant fait de manière répétée des mauvais rêves

ou des cauchemars en lien avec un événement pénible, ou lorsqu'il est perturbé par le souvenir de cet événement c'est-à-dire lorsqu'il pleure, est effrayé, ou souffre en se rappelant cet événement. L'intrusion peut aussi être manifeste lorsque l'enfant, de manière répétée, dessine ou met en scène dans ses jeux un événement qui l'a marqué négativement. Il arrive aussi que l'enfant voit, sente, ou entende soudainement l'événement pénible. Une échelle de Likert en 4 points sur laquelle la cote 1 correspond à « *Jamais* » et 4 à « *Toujours* » présente les réponses possibles. Des normes permettent la conversion de scores bruts en scores T. Un score T égal ou supérieur à 65 est considéré comme étant cliniquement significatif. Les scores T seront utilisés dans les analyses. Le TSCYC possède de bonnes qualités psychométriques (Briere, 2005; Gilbert, 2004).

Résultats

Dans cette section, nous présentons d'abord les statistiques descriptives qui résument les données relatives à l'état d'esprit hostile-impuissant de la mère, à la communication socioaffective mère-enfant, et aux symptômes traumatiques chez l'enfant. Ensuite, nous présentons les résultats des analyses préliminaires effectuées dans le but de vérifier s'il est nécessaire de contrôler certaines variables sociodémographiques qui pourraient être en lien avec la variable dépendante, c'est-à-dire les symptômes traumatiques de l'enfant. Suit ensuite la présentation des résultats des analyses principales qui ont permis de tester nos hypothèses. Pour ce faire, nous présentons d'abord les résultats qui portent sur les liens entre l'état d'esprit HH des mères et les symptômes traumatiques chez l'enfant, puis ceux concernant les liens entre l'état d'esprit HH des mères et la qualité de la relation mère-enfant, et enfin ceux qui décrivent les liens entre la relation mère-enfant et les symptômes traumatiques de l'enfant. Enfin, des analyses de médiation (méthode *bootstrap*) sont effectuées afin d'évaluer le rôle médiateur de la relation mère-enfant dans l'association entre l'état d'esprit HH et les symptômes traumatiques de l'enfant.

Statistiques descriptives

Nous présentons dans le Tableau 1 les données descriptives relatives à l'état d'esprit hostile-impuissant de la mère, la communication socioaffective mère-enfant et les symptômes traumatiques chez l'enfant.

Tableau 1

Données descriptives sur l'état d'esprit de la mère, la communication socioaffective mère-enfant, et les symptômes traumatiques chez l'enfant

	<i>n (%)</i>	<i>M</i>	<i>(É-T)</i>	<i>Étendue</i>
Mères avec un état d'esprit HH ^a	24 (57,1)			
Échelle HH ^a		4,93	(1,39)	2-7
Communication socioaffective mère-enfant ^a		3,57	(1,38)	1-6
Symptômes traumatiques de l'enfant :				
Hypervigilance ^b		56,83	(16,68)	39-100
Évitement ^c		54,69	(15,08)	44-109
Intrusion ^d		49,68	(13,32)	43-98

Note. Le nombre de participants varie sur les échelles de symptômes traumatiques en raison d'items non-répondus. ^a N = 42; ^b N = 41; ^c N = 39; ^d N = 38.

Plus de la moitié des mères de l'échantillon (57,1 %) ont un état d'esprit HH. De plus, on observe que le score des mères sur l'échelle HH est assez élevé puisque le point de coupure nécessaire pour avoir un état d'esprit hostile-impuissant est de 5 et que la moyenne des mères de l'échantillon est à 4,93. En outre, la qualité de la communication socioaffective mère-enfant est plutôt faible au sein de l'échantillon étant donné la moyenne de 3,57 obtenue sur une échelle en 7 points où 4 réfère à une qualité modérée. Quant aux symptômes traumatiques chez les enfants, les scores moyens se situent dans la zone non clinique, avec des scores T moyens sur les trois types de symptômes se situant entre 49 et 56. On constate toutefois une grande étendue des scores incluant des scores à la fois dans les zones sous-cliniques et cliniques.

Analyses préliminaires

Afin d'examiner si les groupes d'enfants négligés et non-négligés se distinguent sur les variables sociodémographiques, des test-*t* (âge de l'enfant et scolarité maternelle) et un test du Khi carré (sexe de l'enfant) ont été effectués. Les résultats montrent que les deux groupes se distinguent sur la scolarité maternelle ($t(40) = 2,2, p < 0,05$), les mères du groupe d'enfants négligés ayant un niveau de scolarité plus faible ($M = 9,35$; $\acute{E}-T = 1,87$) que les mères du groupe d'enfants non-négligés ($M = 10,82$; $\acute{E}-T = 2,36$). Les deux groupes ne se distinguent pas sur l'âge et le sexe de l'enfant. Afin d'examiner si les variables sociodémographiques sont liées aux symptômes traumatiques de l'enfant (hypervigilance, évitement et intrusion), des analyses de corrélation (âge de l'enfant, scolarité maternelle) et un test-*t* (sexe de l'enfant) ont été effectués. Comme la presque totalité des familles de l'échantillon était à faible revenu, cette variable n'a pas été considérée dans les analyses. Les résultats montrent que ces variables sociodémographiques ne sont pas significativement liées aux symptômes traumatiques chez l'enfant (que ce soit l'hypervigilance, l'intrusion ou l'évitement). En conséquence, ces variables ne seront pas incluses dans les analyses principales.

Analyses principales

Dans cette section, nous présentons les résultats qui concernent les liens obtenus entre les variables à l'étude.

État d'esprit hostile-impuissant et symptômes traumatiques de l'enfant

Nous avons d'abord testé l'hypothèse selon laquelle un état d'esprit HH chez les mères serait associé à davantage de symptômes traumatiques chez les enfants. Deux perspectives ont été adoptées successivement lorsque l'état d'esprit HH était testé. Dans un premier temps nous avons traité cette variable comme une variable dichotomique. Ainsi, nous avons pris en compte la présence ou l'absence d'un état d'esprit HH chez la mère. Ensuite, nous avons utilisé le score de la mère sur l'échelle HH qui est la variable continue correspondant au niveau d'état d'esprit HH de la mère. Nous avons d'abord effectué un test-*t* afin de vérifier si les enfants des mères HH différaient des enfants des mères non-HH sur les trois échelles du TSCYC (hypervigilance, évitement, et intrusion). Les résultats présentés dans le Tableau 2 montrent que les enfants des mères HH ne diffèrent pas de manière significative des enfants des mères non-HH en ce qui concerne les symptômes traumatiques d'hypervigilance, d'évitement et d'intrusion.

Des coefficients de corrélation ont ensuite été calculés afin d'évaluer les liens entre les scores des mères sur l'échelle HH et les trois types de symptômes traumatiques chez l'enfant. Ces analyses montrent qu'il n'y a aucune association significative entre les scores des mères sur l'échelle HH et les symptômes traumatiques d'hypervigilance ($r = 0,22$, n.s.), d'évitement ($r = 0,14$, n.s.) et d'intrusion ($r = 0,05$, n.s.) des enfants.

État d'esprit hostile-impuissant et relation mère-enfant

Nous avons ensuite testé l'hypothèse selon laquelle un état d'esprit HH chez les mères serait associé à une moins bonne relation mère-enfant, c'est-à-dire à une moins bonne qualité de la communication socioaffective mère-enfant et à davantage de négligence. Un test-*t* a donc d'abord été effectué pour examiner si le groupe de mères HH différait du groupe de mères non HH sur la qualité de la communication socioaffective mère-enfant. Les résultats sont présentés dans le Tableau 2. Ils indiquent que les mères HH ne diffèrent pas de manière significative des mères non-HH sur la qualité de la communication socioaffective mère-enfant.

De plus, un coefficient de corrélation a été calculé pour évaluer le lien entre le score des mères sur l'échelle HH et la qualité de la communication socioaffective mère-enfant. La corrélation trouvée est négative et marginalement significative ($r = -0,26, p < 0,10$), ce qui indique que plus le score des mères sur l'échelle HH est élevé plus la qualité de la communication socioaffective mère-enfant a tendance à être basse.

Un test du Khi-deux a ensuite été effectué afin de vérifier si les mères avec un état d'esprit HH différaient des mères non-HH quant au statut de négligence de leur enfant (voir Tableau 2). L'analyse révèle que les mères HH sont en proportion significativement plus à risque de négliger leur enfant (16 mères sur 24, soit 66,7 %) que les mères non-HH (4 mères sur 18, soit 22,2 %).

Tableau 2

Comparaison des mères HH et des mères non-HH sur les symptômes traumatiques chez l'enfant et la qualité de la relation mère-enfant

Variables	Mères HH		Mères non-HH		<i>t</i> (<i>dl</i>)
	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>M</i>	<i>É-T</i>	
Symptômes traumatiques					
Hypervigilance ^a	59,78	(16,91)	53,06	(16,05)	-1,29 (39)
Évitement ^b	56,45	(17,15)	52,41	(12,01)	-0,83 (37)
Intrusion ^c	50,65	(13,57)	48,61	(13,34)	-0,47 (36)
Qualité de la communication socioaffective ^d	3,38	(1,47)	3,83	(1,25)	1,07 (40)
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	$\chi^2(1,42)$
Enfant négligé ^d	16	(66,7)	4	(22,2 %)	8,15**

Note. ^a Groupe HH : *n* = 23; groupe non HH : *n* = 18; ^b groupe HH : *n* = 22; groupe non HH : *n* = 17; ^c groupe HH : *n* = 20; groupe non HH : *n* = 18; ^d groupe HH : *n* = 24; groupe non HH : *n* = 18.

** *p* < 0,01

Enfin, un test-*t* a été effectué pour déterminer si le score des mères négligentes sur l'échelle HH était significativement différent de celui des mères non-négligentes. Les résultats indiquent qu'il existe une différence significative entre les deux groupes ($t(40) = -3,35$, $p < 0,01$). Ainsi, les mères négligentes présentent un score moyen plus élevé sur l'échelle HH ($M = 5,60$; $É-T = 1,23$) que les mères non négligentes ($M = 4,32$; $É-T = 1,25$).

Relation mère-enfant et symptômes traumatiques de l'enfant

Nous avons ensuite testé l'hypothèse selon laquelle une faible qualité de la relation mère-enfant (c'est-à-dire une moins bonne qualité de la communication socioaffective mère-enfant et davantage de négligence) serait associée à davantage de symptômes traumatiques chez l'enfant. Des coefficients de corrélation ont d'abord été calculés afin d'évaluer les liens entre la qualité de la communication socioaffective mère-enfant et les trois types de symptômes traumatiques chez l'enfant. Les résultats indiquent une corrélation significative négative ($r = -0,38$, $p < 0,05$) entre la communication socioaffective mère-enfant et l'évitement chez l'enfant, ce que signifie que moins la communication socioaffective mère-enfant est bonne, plus l'enfant présente des symptômes d'évitement. De plus, on trouve une corrélation négative marginalement significative ($r = -0,26$, $p < 0,10$) entre la qualité de la communication socioaffective mère-enfant et l'hypervigilance chez l'enfant, indiquant que moins la qualité de la communication socioaffective mère-enfant est bonne, plus l'enfant a tendance à présenter des symptômes d'hypervigilance. Aucune corrélation significative n'a été obtenue entre la communication mère-enfant et les symptômes d'intrusion chez l'enfant ($r = -0,17$, n.s.).

Nous avons ensuite effectué un test- t afin de vérifier si le groupe d'enfants négligés diffèrait du groupe d'enfants non-négligés sur les symptômes traumatiques. Les résultats indiquent qu'il existe une différence marginale entre le groupe d'enfants négligés et le groupe d'enfants non-négligés sur l'hypervigilance ($t(39) = -1,93$, $p < 0,10$); ainsi les

enfants négligés présentent une moyenne marginalement plus élevée d'hypervigilance ($M = 62,05$, $\acute{E}-T = 15,99$) que les enfants non-négligés ($M = 52,32$, $\acute{E}-T = 16,27$). Les résultats indiquent également une différence marginale entre le groupe d'enfants négligés et le groupe d'enfants non-négligés sur l'évitement ($t(37) = -1,67$, $p < 0,10$); ainsi, les enfants négligés présentent une moyenne marginalement plus élevée d'évitement ($M = 59,11$; $\acute{E}-T = 18,64$) que les enfants non-négligés ($M = 50,90$; $\acute{E}-T = 10,20$). Aucune différence significative n'a été obtenue entre les enfants négligés ($M = 50,33$, $\acute{E}-T = 13,59$) et non négligés ($M = 49,10$, $\acute{E}-T = 13,40$) sur les symptômes d'intrusion ($t(36) = -0,28$, n.s.).

État d'esprit hostile-impuissant, relation mère-enfant et symptômes traumatiques de l'enfant

Considérant qu'une condition nécessaire à la présence de médiation consiste en l'obtention d'une association significative d'une part, entre la variable indépendante (état d'esprit HH) et les médiateurs potentiels (communication socioaffective mère-enfant et négligence chez l'enfant), et d'autre part, entre ces médiateurs et la variable dépendante (symptômes traumatiques de l'enfant), il ne sera pas possible de procéder à des analyses de médiation. Ainsi, en l'absence de tels liens significatifs, aucune médiation n'est possible.

Discussion

Dans cette étude, nous souhaitons évaluer les liens entre l'état d'esprit HH des mères, la qualité de la relation mère-enfant, et les symptômes traumatiques chez l'enfant. Il était attendu qu'un état d'esprit HH chez les mères serait associé à davantage de symptômes traumatiques chez les enfants et à une moins bonne relation mère-enfant (une communication socioaffective de faible qualité et la présence de négligence). Nous avons également prédit qu'une faible qualité de la relation mère-enfant serait associée à davantage de symptômes traumatiques chez l'enfant et que la qualité de cette relation jouerait un rôle médiateur dans le lien entre l'état d'esprit d'attachement HH chez les mères et les symptômes traumatiques chez les enfants. De manière générale, les résultats de l'étude n'ont pas permis de confirmer les hypothèses ou les ont seulement partiellement confirmées. Nous discuterons dans un premier temps des résultats concernant les liens entre l'état d'esprit HH des mères et la relation mère-enfant; ensuite nous discuterons des résultats décrivant les liens entre la relation mère-enfant et les symptômes traumatiques chez l'enfant; nous discuterons ensuite des résultats à propos des liens entre l'état d'esprit HH des mères et les symptômes traumatiques chez l'enfant, et enfin nous aborderons la médiation qui aurait pu être réalisée par la relation mère-enfant entre l'état d'esprit HH des mères et les symptômes traumatiques chez l'enfant.

État d'esprit HH et relation mère-enfant

Nos résultats montrent, tel qu'attendu, que les mères avec un état d'esprit HH sont en proportion plus à risque de négliger leur enfant que les mères avec un état d'esprit non-HH et que les mères négligentes présentent en moyenne un score sur l'échelle HH plus élevé que les mères non négligentes. Ces résultats sont conformes à notre seconde hypothèse et sont cohérents avec les résultats de l'étude de Milot et al. (2014) qui rapportent que, dans leur échantillon de mères négligentes et à haut risque de négligence (échantillon distinct de celui de la présente étude), la proportion de mères présentant un état d'esprit HH est assez élevée, soit 64 %, ce qui est comparable à la proportion de mères négligentes avec un état d'esprit HH trouvé dans la présente étude, soit 67 %. Selon Melnick et al. (2008), les mères avec un état d'esprit HH se désorganisent, ou du moins ne parviennent pas à se réguler de manière adaptée, lorsque les besoins d'attachement manifestés par leur enfant activent inconsciemment chez elles des représentations mentales non résolues du soi comme étant effrayé, abandonné, impuissant, ou inadéquat. Cet état les rend alors indisponibles ou insensibles aux besoins de l'enfant ce qui nuit à la relation mère-enfant et laisse l'enfant dans un état d'activation non régulé (Howe, 2006). Nous reviendrons sur cette idée plus en détails dans les prochaines pages, dans la section sur les processus.

Contrairement à ce qui était attendu, nos résultats montrent que les mères avec un état d'esprit HH ne diffèrent pas de manière significative des mères avec un état d'esprit non-HH pour ce qui concerne la qualité de la communication socioaffective

mère-enfant. Ces résultats vont à l'encontre de ceux des études antérieures ayant montré des liens entre l'état d'esprit HH et des difficultés dans les interactions mère-enfant, telles que des perturbations dans la communication affective des mères avec l'enfant (Lyons-Ruth et al., 2005) et la confusion des rôles entre elles et leur enfant (Vulliez-Coady et al., 2013). Bien que nos résultats n'aient pas montré de liens entre le statut HH des mères et la qualité de la communication socioaffective mère-enfant, ils indiquent que, de manière marginalement significative, plus le score des mères sur l'échelle HH est élevé plus la qualité de la communication socioaffective mère-enfant a tendance à être basse. Ces résultats, bien que marginaux, vont dans le même sens que ceux des études citées ci-avant. Il est possible que la petite taille de l'échantillon ait nui à la capacité de détecter des liens significatifs entre nos variables. L'absence de lien significatif entre l'état d'esprit HH et la qualité de la communication socioaffective mère-enfant est peut-être aussi en partie attribuable au contexte d'observation choisi, soit une collation de 10 minutes. Ainsi, d'une part, il se pourrait que des mères avec un état d'esprit HH aient pu, le temps de cette courte collation, faire preuve d'une communication socioaffective adéquate avec leur enfant alors qu'une période d'observation plus longue aurait peut-être laissé davantage de temps pour que se manifestent des perturbations dans les échanges entre la mère et l'enfant. D'autre part, il est possible que l'observation de la collation, un contexte interactionnel familial ne comportant pas de réel stress, n'ait pas permis de voir les mêmes choses que l'observation d'une situation plus stressante aurait permis de faire. Il pourrait donc être intéressant pour les études à venir d'effectuer une observation des interactions

mère-enfant lors d'une situation stressante pour la mère et/ou pour l'enfant. Enfin, la mesure de la qualité de la communication socioaffective mère-enfant utilisée dans notre étude, aussi intéressante soit elle, n'était pas axée sur l'observation des comportements atypiques/dysrégulés chez la mère, lesquels ont été identifiés dans certaines études comme étant liés à l'état d'esprit HH des mères (Lyons-Ruth et al., 2005). Une autre explication possible de l'absence de lien significatif entre l'état d'esprit HH et la qualité de la communication mère-enfant pourrait aussi être attribuable à la présence de facteurs de protection non évalués dans la présente étude, comme l'accès à un réseau de soutien social qui aide la mère, en dépit d'un état d'esprit HH, à tout de même conserver une relation de bonne qualité avec son enfant.

Relation mère-enfant et symptômes traumatiques chez l'enfant

Nous avons également prédit qu'une faible qualité de la relation mère-enfant serait associée à davantage de symptômes traumatiques chez l'enfant. Nos résultats mettent à jour une corrélation significative entre une faible qualité de la communication socioaffective mère-enfant et l'évitement chez l'enfant, et une corrélation marginale entre une communication socioaffective mère-enfant de faible qualité et l'hypervigilance chez l'enfant. Nous n'avons pas trouvé dans notre étude de lien significatif entre la qualité de la communication socioaffective mère-enfant et les symptômes d'intrusion chez l'enfant. Un patron de résultats relativement similaire a été obtenu entre la négligence et les symptômes traumatiques. Nos résultats indiquent en effet que les enfants négligés présentent une moyenne marginalement plus élevée de symptômes

d'hypervigilance et d'évitement que les enfants non-négligés. Nous n'avons toutefois pas trouvé de différences significatives au niveau des symptômes d'intrusion entre les enfants négligés et les enfants non négligés. Ces résultats vont globalement dans le même sens que ceux des études antérieures qui ont trouvé des liens entre la négligence et les symptômes traumatiques de l'enfant (Milot et al. 2010¹; Vanderminden et al., 2019), ou qui ont mis à jour que des pratiques éducatives négatives constituaient un facteur de risque contribuant au développement de symptômes traumatiques chez l'enfant (Ehrensaft et al., 2017). Les résultats marginaux, plutôt que significatifs, obtenus dans notre étude sont peut-être attribuables à la petite taille de notre échantillon. Il est aussi possible, tel qu'indiqué précédemment, que nos résultats non-significatifs soient la conséquence de l'observation des interactions mère-enfant dans un contexte peu stressant et de courte durée. Nous aurions peut-être obtenu des liens significatifs si nous avions observé une situation stressante de plus longue durée lors de la venue des mères et des enfants au laboratoire. Enfin, il est possible qu'une faible qualité de la relation mère-enfant puisse induire des symptômes traumatiques chez l'enfant, mais seulement après que ce soit écoulé un certain temps. En effet, notre étude n'a pas pu vérifier s'il existait un « temps d'incubation » avant que ne se manifestent les symptômes traumatiques chez l'enfant qui a été exposé à une relation mère-enfant de faible qualité.

¹ À noter toutefois que l'échantillon de la présente étude est un sous-échantillon de l'étude de Milot et al. (2010).

État d'esprit HH et symptômes traumatiques chez l'enfant

Il était attendu qu'un état d'esprit HH chez les mères serait associé à davantage de symptômes traumatiques chez les enfants. En effet, sachant qu'il existe des liens entre l'état d'esprit HH et des expériences de maltraitance durant l'enfance (Milot et al., 2014), que cet état d'esprit est aussi lié à des difficultés dans la relation que la personne entretient avec son enfant (Frigerio et al., 2013; Lyons-Ruth et al., 2005), et que des difficultés dans la relation mère-enfant sont liées à des symptômes traumatiques (Milot et al., 2010), nous nous attendions à ce qu'un état d'esprit HH soit associé à des symptômes traumatiques chez l'enfant. Toutefois, cette association n'a pas été observée dans notre étude. Enfin, notre quatrième hypothèse postulait que la qualité de la relation mère-enfant jouerait un rôle médiateur dans le lien entre l'état d'esprit d'attachement HH de la mère et les symptômes traumatiques de l'enfant. Cependant, en l'absence de lien entre l'état d'esprit HH et les symptômes traumatiques de l'enfant, aucune médiation n'était possible. Quelques hypothèses peuvent être avancées pour rendre compte de l'absence de liens significatifs entre l'état d'esprit HH des mères et les symptômes traumatiques de l'enfant. Ainsi, il est possible que des enfants de mères avec un état d'esprit HH aient bénéficié d'un ou de plusieurs facteurs de protection en dehors de la relation dyadique avec leur mère, tel que l'établissement d'une relation positive avec une personne significative à l'extérieur de la famille, ou encore la présence d'une tierce personne à la maison qui aurait pu pallier aux défaillances de la mère (p. ex., le père ou une grand-mère qui aurait pu réconforter l'enfant en détresse). Ces relations auraient pu fournir à l'enfant un environnement sécurisant et/ou réparateur qui aurait

ainsi prévenu l'apparition ou la chronicisation de symptômes traumatiques chez l'enfant indépendamment du statut HH de la mère. Il aurait aussi pu être pertinent de vérifier si des enfants de l'échantillon avaient reçu ou recevaient des services psychologiques qui auraient pu diminuer les symptômes traumatiques de l'enfant ou plus généralement les séquelles psychologiques que certains enfants de mères avec un état d'esprit HH auraient pu développer. Il est aussi possible que des symptômes traumatiques aient été présents chez ces enfants, mais qu'ils n'aient pas été repérés par les éducatrices/enseignantes qui accordent généralement plus d'attention aux comportements perturbateurs des enfants (tels que les comportements extériorisés) qu'aux comportements peu dérangeants pour le groupe (comme les symptômes intériorisés). Ainsi, il est possible que chez certains enfants des états d'hypervigilance, ou des symptômes d'intrusion et d'évitement non verbalisés, aient pu être plus difficiles à repérer par l'éducatrice/enseignante, ce qui aurait pu conduire à une sous-évaluation de leurs symptômes. Il est également possible que certains enfants de mères ne présentant pas un état d'esprit HH aient développé des symptômes traumatiques dans des situations n'impliquant pas la mère (p. ex., à la suite d'expériences d'abus par un membre de la famille élargie). Les symptômes traumatiques de ces enfants ne seraient alors pas en lien avec l'état d'esprit de la mère. Enfin, il pourrait être intéressant d'entreprendre ou de poursuivre des recherches qui tâcheraient de prendre en compte une variété de manifestations liées au trauma chez les enfants, variété potentiellement induites par une relation de faible qualité avec une mère ayant un état d'esprit HH. Il pourrait être pertinent de considérer, par exemple, le trauma complexe qui décrit de manière plus

large, englobante et intégrée les difficultés que vivent les enfants dont le fonctionnement est altéré par un environnement relationnel inadéquat. Ainsi, au-delà des altérations généralement rattachées au trauma telles que l'hypervigilance, l'évitement et l'intrusion (mesurés dans la présente étude), la notion de trauma complexe prend en compte les atteintes de l'enfant au niveau de nombreuses sphères développementales telles que des problèmes relationnels et d'attachement, une identité et un concept de soi altérés, de la somatisation et des difficultés physiologiques, des problèmes cognitifs et d'apprentissage, des difficultés de régulation émotionnelle et des comportements dysfonctionnels (Milot et al., 2018).

Processus qui sous-tendent les liens entre l'état d'esprit de la mère, la qualité de la relation mère-enfant et les symptômes traumatiques chez l'enfant

Les résultats de notre étude montrent qu'il existe des liens, certains marginaux et d'autres significatifs, entre l'état d'esprit HH de la mère et la qualité de la relation mère-enfant et entre la qualité de la relation mère-enfant et certains symptômes traumatiques chez l'enfant. La question se pose toutefois de savoir quels sont les processus qui sous-tendent l'existence de tels liens. En effet, par quels processus l'état d'esprit HH de la mère peut-il affecter ses interactions avec son enfant? Et par quels processus la relation mère-enfant peut-elle altérer le fonctionnement de l'enfant à tel point que ce dernier développe des symptômes traumatiques?

Pour ce qui concerne les processus qui sous-tendent les liens entre l'état d'esprit de la mère et la qualité de la relation mère-enfant, il a été proposé que les mères avec un

état d'esprit HH ne se régulent pas de manière adéquate lorsque leur enfant exprime ses besoins d'attachement (Melnick et al., 2008). Chez la mère qui a un état d'esprit HH, la détresse et les demandes de soutien de son enfant peuvent activer inconsciemment des représentations mentales non résolues du soi comme étant effrayé, abandonné, ou impuissant. Cette activation rend alors la mère indisponible ou insensible aux besoins de l'enfant et laisse ce dernier dans un état d'activation non régulé (Howe, 2006). Plus spécifiquement, lorsque le pôle hostile des mères avec un état d'esprit HH est activé, ces mères tentent de se défendre contre une peur non intégrée vécue lors d'expériences passées traumatiques en adoptant des comportements punitifs ou hostiles envers leur enfant (Lyons-Ruth & Block, 1996). En effet, selon Lyons-Ruth et Spielman (2004), les donneurs de soins qui fonctionnent sur le mode hostile tentent de maîtriser leurs sentiments intolérables de vulnérabilité en niant leurs propres sentiments de peur et d'impuissance et en contrôlant systématiquement les autres à travers des comportements punitifs. Ces parents répondent alors aux besoins de l'enfant en ignorant/minimisant sa détresse ou sa colère et en utilisant des techniques de discipline coercitives. Les donneurs de soins avec un état d'esprit HH dont le pôle impuissant est activé ont tendance à se dissocier de leur propre vie affective; ils se sentent alors impuissants et effrayés parce qu'ils ne parviennent pas à s'affirmer face à leur enfant, à réguler leurs propres émotions, et à réguler celles de leur enfant. Toujours selon Lyons-Ruth et Spielman, les réponses de la mère à la détresse de l'enfant peuvent être perturbées par des expériences passées au cours desquelles elle était punie par des attaques ou des abandons de la part de ses propres parents. Ainsi, dans les situations où l'enfant exprime

de la détresse, la mère peut se sentir comme l'enfant vulnérable qu'elle était ou comme le parent en colère ou non-disponible avec lequel elle devait conjuguer. La mère peut aussi interpréter les comportements de l'enfant comme étant hostiles; elle risque alors d'adopter des comportements contrôlants ou punitifs, ou bien de se sentir impuissante et effrayée devant ces comportements. La mère avec un état d'esprit HH se trouve donc contrainte par deux alternatives aversives : soit elle adopte des comportements contrôlants et hostiles et elle devient le parent dominant et malveillant qu'elle a eu dans l'enfance, soit elle n'intervient pas et elle devient le parent impuissant, effrayé et désengagé qui ne prenait pas soin d'elle lorsqu'elle était enfant. Elle ne peut donc pas offrir à son enfant des réponses modulées et équilibrées. De plus, si elle se retire ou se montre incapable de mettre des limites, l'enfant risque de se comporter avec elle comme le parent du passé, coercitif et abusif émotionnellement ce qui aurait pour effet d'amplifier les comportements polarisés de la mère. Ainsi, quel que soit le pôle activé, le parent qui a un état d'esprit HH ne répond pas de manière adéquate aux signaux d'attachement de l'enfant. En outre, selon Melnick et al. (2008), si un parent n'a pas vécu un réconfort suffisant de la part de ses propres parents à la suite de ses expériences de peur ou de détresse dans sa propre enfance, il est possible qu'il lui manque le dialogue intérieur apaisant grâce auquel il pourrait intégrer et contenir l'activation en lui d'émotions intenses liées à la ré-expérience de sa vulnérabilité précoce en présence de la douleur, de la détresse, de la peur, de la colère, ou du sentiment de rejet vécu par son enfant. Le parent risque alors d'être inondé (ou submergé) par d'intenses affects qu'il ne peut pas réguler ou sur lesquels il ne peut agir de manière adaptée; il risque alors, en

réponse aux comportements de l'enfant, d'adopter des comportements hostiles (dénigrer/minimiser les émotions de l'enfant, crier) ou impuissants (se dissocier, se retirer). Le parent avec un état d'esprit HH pourrait aussi voir l'enfant d'une manière idéalisée comme "tout bon" ou dévaluée comme "tout mauvais", or, aucune de ces deux conceptions ne permet au parent de se représenter adéquatement l'expérience de l'enfant et les raisons de ses comportements. Le parent risque alors de répondre à l'enfant de manière inadaptée.

Un autre processus qui sous-tendrait les liens entre l'état d'esprit HH de la mère et la qualité de la relation mère-enfant a été envisagé par Howe (2006). D'après cet auteur, un mécanisme de défense se mettrait en place chez la mère pour bloquer sa capacité à mentaliser car l'expérience de mentalisation serait évaluée inconsciemment comme étant trop douloureuse ou trop menaçante pour son intégrité psychologique. La mentalisation est la capacité sociocognitive à se concevoir soi-même et à concevoir les autres comme des êtres psychologiques et donc à considérer les motivations et les états mentaux sous-jacents des individus lorsqu'il est question d'interpréter leurs comportements (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Sans possibilité de mentaliser, la mère interviendrait alors auprès de son enfant de manière inadaptée. L'étude de Ensink, Berthelot, Bernazzani, Normandin et Fonagy (2014) indique d'ailleurs que les mères disposant d'une faible capacité à mentaliser par rapport aux traumatismes vécus dans leur enfance sont plus à risque d'éprouver des difficultés à s'investir dans leur grossesse et vivent moins d'émotions positives envers leur bébé et envers la maternité.

Pour ce qui concerne les processus qui sous-tendent les liens entre la qualité de la relation mère-enfant et les symptômes traumatiques chez l'enfant, Schuder et Lyons-Ruth (2004) rappellent que les enfants seraient programmés biologiquement pour compter sur une figure d'attachement qui les protège des menaces extérieures, et qui, en cas de stress, les aide à réguler leurs émotions. Or, d'après ces auteurs, si la figure d'attachement n'est pas disponible psychiquement pour réguler le stress que les situations de la vie quotidienne provoquent chez l'enfant, alors ce dernier peut développer un trauma caché et manifester des symptômes traumatiques. Dans ce cas, le processus à l'origine des difficultés de l'enfant est caractérisé par deux dynamiques nuisibles pour ce dernier. D'une part, l'enfant est exposé de manière régulière à un excès de stress qu'il ne peut réguler parce qu'il ne reçoit pas l'aide nécessaire de la part de la figure d'attachement. Cet excès de stress non régulé peut alors conduire à l'apparition de symptômes traumatiques tels que l'hypervigilance, l'évitement, ou l'intrusion. D'autre part, l'enfant ne développe pas les capacités nécessaires à la régulation de son stress, par conséquent il devient incapable en grandissant de participer activement à la régulation de son propre stress. Les travaux de Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson et Egeland (1997) montrent d'ailleurs que si le parent n'est pas suffisamment disponible psychologiquement pour son enfant, alors il est possible de prédire, dans une plus large mesure que l'abus sexuel ou l'abus physique, que l'enfant devenu jeune adulte sera à risque de vivre de la dissociation, symptôme qui a été régulièrement relié au trauma. Dutra, Bureau, Holmes, Lyubchik et Lyons-Ruth (2009) ont pour leur part montré que des aspects spécifiques illustrant la non-disponibilité psychologique des mères à l'égard

de leur enfant durant l'enfance prédisaient la dissociation du jeune à l'âge adulte indépendamment des expériences d'abus : il s'agit de la perturbation de la communication maternelle, de la présence d'affects plats chez la mère et du manque d'investissement dans les réponses de la mère. Lyons-Ruth et ses collègues proposent que lorsque l'enfant ne reçoit pas des soins suffisamment sensibles permettant d'alléger minimalement sa détresse et sa peur, il développe un type particulier de représentations mentales, des représentations non-intégrées, constituées de représentations séparées en éléments idéalisés et/ou dénigrés (Lyons-Ruth, Melnick, Patrick, & Hobson, 2007). Byun et al. (2016) proposent que ces représentations non-intégrées évoluent alors en état du soi dissocié, un symptôme régulièrement relié au trauma. Ces auteurs précisent qu'une faible qualité de la relation parent-enfant provoque le développement d'un soi dissocié chez l'enfant lorsque le parent ne permet pas à l'enfant de partager avec lui ses réactions de peur, de détresse, ou de contrariété, ce qui fait que l'enfant ne parvient pas à développer une compréhension intégrée de ses expériences positives et négatives.

Pertinence de la notion d'état d'esprit HH

Bien que nous n'ayons pas pu établir tous les liens auxquels nous nous attendions (entre autres entre l'état d'esprit HH des mères et les symptômes traumatiques de l'enfant), et que certains de nos résultats soient seulement marginaux ou ne confirment que partiellement nos hypothèses, la valeur heuristique de l'état d'esprit HH nous semble importante. En effet, les recherches antérieures ont montré que cet état d'esprit à l'âge adulte est associé à des expériences de trauma vécues durant l'enfance et des liens

significatifs ont été trouvés entre cet état d'esprit d'attachement particulier présent chez les mères, des interactions mère-enfant problématiques et un type d'attachement désorganisé présent chez les enfants (sachant que ce type d'attachement a été relié à divers problèmes développementaux chez les enfants). Ainsi, il semble pertinent de poursuivre les recherches qui tâchent d'évaluer de plus en plus finement ce qui affecte l'état d'esprit d'attachement du parent, et de mieux comprendre comment l'état d'esprit HH du parent peut nuire à la qualité de la relation parent-enfant et induire des difficultés développementales chez l'enfant. L'état d'esprit HH nous semble utile, car il permet d'évaluer une dynamique psychique potentiellement délétère pour la relation parent-enfant et pour l'enfant chez des parents pour lesquels les critères habituellement utilisés pour repérer les troubles du stress post-traumatique ne seraient peut-être pas adéquats pour identifier des difficultés psychologiques et relationnelles reliées à des expériences traumatiques vécues durant l'enfance, ou, plus globalement, pour lesquels les outils d'évaluations ordinairement utilisés lors d'une évaluation psychologique (ou psychiatrique) ne permettraient pas d'établir un diagnostic clair.

Implications cliniques

Au regard des résultats de notre étude et compte tenu des éléments théoriques rapportés pour rendre compte de ces résultats, il nous semble important de nous interroger sur les types d'intervention qui pourraient s'avérer utiles pour les familles dont un parent au moins a un état d'esprit HH. Serait-il pertinent de privilégier une intervention familiale, ou bien pourrait-il être optimal de favoriser une intervention

individuelle avec le parent ou individuelle avec l'enfant? Compte tenu qu'elles ont fait leur preuve pour améliorer les comportements parentaux, la relation d'attachement parent-enfant et le développement de l'enfant auprès de populations à risque et victimes de maltraitance, il pourrait être avantageux d'intervenir sur la relation parent-enfant (en ciblant la sensibilité parentale aux besoins et signaux de l'enfant à l'aide de la rétroaction vidéo) tel que le proposent les interventions basées sur l'attachement (Dubois-Comtois et al., 2017; Moss et al., 2011; Tarabulsky et al., 2008). Il pourrait également être pertinent de combiner plus d'une approche simultanément tel que le préconise l'approche *Todler-Parent Psychotherapy* qui propose une intervention à la fois sur la relation mère-enfant et auprès de la mère en individuel (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2000).

Il nous semble aussi pertinent de nous interroger sur la façon dont il serait optimal d'intervenir auprès des parents qui ont un état d'esprit HH. Des pistes de réflexion ou des principes d'intervention ont été proposés par des chercheurs qui ont travaillé dans le domaine. Ainsi, selon Melnick et al. (2008) les parents qui ont développé un état d'esprit HH pourraient bénéficier de la compréhension des raisons pour lesquelles ils se sont adaptés ainsi à leurs expériences passées (intérieurisation de modèles relationnels hostile-impuissant ou dominant-dominé). Ils gagneraient aussi à comprendre qu'il s'agissait d'une des seules possibilités dont ils disposaient enfants pour pouvoir tout de même obtenir des soins de leurs parents, tenter de donner un certain sens à ce qu'ils vivaient, et plus tard à l'âge adulte pour éviter de revivre les peurs et les abandons émotionnels

qu'ils avaient vécus dans leur enfance. Ces parents gagneraient alors à développer vis-à-vis d'eux-mêmes un regard empreint de compassion pour ce qui concerne leurs propres besoins d'attachement et une empathie pour l'enfant qu'ils étaient et qui était confronté à des expériences d'attachement difficiles. Ces dispositions apparaissent comme une fondation nécessaire que le parent devrait intérioriser pour pouvoir faire preuve d'empathie envers les besoins d'attachement de son propre enfant (Melnick et al., 2008). De plus, d'après ces auteurs, il serait adéquat que le traitement psychologique permette d'augmenter la capacité du patient à tolérer et à intégrer les souvenirs et les émotions liés aux expériences d'attachement et aux souvenirs traumatiques. Enfin, l'intervenant gagnerait à prendre conscience de la stratégie d'attachement contrôlante que risque de mettre en place le patient, cette prise de conscience permettrait de protéger l'alliance thérapeutique lorsque des comportements punitifs, impuissants ou donneurs de soins sont répétés dans la relation clinique. Enfin, selon Howe (2006) et Ensink et al. (2014), les interventions qui favorisent le développement des capacités de mentalisation spécifiques au trauma seraient plus adaptées pour les parents que les interventions qui favorisent le développement des capacités de mentalisation en général, car les premières permettraient d'éviter la transmission intergénérationnelle du trauma en préparant les parents à affronter la douleur que génère l'activation de leur trauma.

Limites de l'étude

Une des limites de l'étude est que les données utilisées ont été recueillies de manière transversale ce qui ne permet pas de déterminer s'il existe une relation de cause

à effet entre nos variables. Une autre limite est en lien avec le manque d'informations à propos de la négligence qu'ont subie les enfants négligés de l'échantillon, telles que la chronicité et la sévérité de cette négligence. Il existe aussi la possibilité que ces enfants aient été exposés à d'autres types de traumatismes. De plus, il serait probablement intéressant d'étudier des dyades père-enfant afin de vérifier si les résultats obtenus sont généralisables aux parents quel que soit leur sexe. En effet, dans l'étude de Madigan, Benoit et Boucher (2011), des résultats différents ont été trouvés selon le sexe du parent concernant les liens entre les comportements atypiques du parent et le type d'attachement de l'enfant. Enfin, il est important de garder en tête que les effets des variables liées à l'attachement (tel que l'état d'esprit d'attachement des mères et la relation mère-enfant) s'additionnent avec les effets d'autres variables pour conduire au développement d'un trauma ou d'autres perturbations chez l'enfant, ou au contraire pour minimiser de telles conséquences chez l'enfant. Une des limites de l'étude à cet égard est de ne pas avoir tenu compte d'autres facteurs de l'écologie familiale qui auraient pu jouer un rôle, comme le réseau de soutien de la mère, la relation de l'enfant avec d'autres figures d'attachement (et la qualité de ces relations) ou encore la présence d'événements de vie stressants qui auraient pu avoir affecté la mère et/ou l'enfant. Pour ce qui concerne les participants, il se pourrait que le fait qu'ils se soient portés volontaire pour faire partie de l'étude ait biaisé un peu les liens que nous avons trouvés puisque nous avons possiblement sélectionné des mères plus engagées. Enfin, il est clair que la taille de notre échantillon est réduite et que des études portant sur des échantillons plus

larges permettraient sans doute de maximiser la puissance statistique et d'obtenir un portrait plus clair des liens entre les variables.

Pistes de recherches futures

Il pourrait être intéressant d'entreprendre des recherches afin de déterminer quels pourraient être les facteurs de protection spécifiques qui seraient en mesure de contrer les effets délétères de l'état d'esprit HH des mères sur la relation mère-enfant et sur les enfants. Parmi les facteurs de protection potentiels, il y a par exemple la relation de la mère avec un conjoint soutenant ou l'accès de l'enfant à d'autres figures d'attachement sécurisantes.

Une autre piste de recherche future concerne les effets de l'état d'esprit HH du parent sur d'autres aspects du fonctionnement de l'enfant. Nous nous sommes attardés dans la présente étude sur les symptômes traumatiques de l'enfant qui indiquent une forme extrême d'altération de son fonctionnement. Toutefois, il nous semble possible qu'un état d'esprit HH chez la mère puisse entraîner des perturbations du fonctionnement de l'enfant qui seraient moins sévères que des symptômes traumatiques mais tout de même problématiques pour l'enfant, comme des problèmes de comportement intériorisés ou extériorisés. À cet égard l'étude de Sauvé et al. (2021) montre des liens entre l'état d'esprit HH des parents et des problèmes de comportement chez l'enfant. Il pourrait donc être intéressant que des recherches futures se penchent sur les liens entre l'état d'esprit des mères, la qualité de la relation mère-enfant et d'autres

aspects du fonctionnement de l'enfant, comme les problèmes de comportement de l'enfant. Il nous semble aussi qu'il serait pertinent que de nouvelles études soient menées en prolongeant l'étude au niveau longitudinal afin d'évaluer si des symptômes traumatiques ne se développent pas plus tardivement au cours de la trajectoire développementale des enfants, en observant les interactions mère-enfant au cours d'une situation stressante pour la mère et/ou l'enfant, et en évaluant les comportements atypiques/dysrégulés de la mère en présence de son enfant. Il serait aussi pertinent d'effectuer ces études avec un échantillon plus important.

Il pourrait par ailleurs être intéressant d'entreprendre des recherches qui évalueraient les liens entre l'état d'esprit HH des mères, leurs capacités de mentalisation, et les interactions qu'elles mettent en place avec leur enfant. En effet, il est possible que les difficultés de mentalisation de la mère soient une variable qui induirait à la fois un état d'esprit HH chez la mère *et* une perturbation de ses comportements parentaux ainsi que de sa capacité à détecter et à répondre adéquatement aux besoins et signaux émotionnels de son enfant. Par exemple, l'état d'esprit HH pourrait être issu d'une difficulté qui ne permettrait pas au parent d'appréhender ses états internes ni de se réguler. Ce défaut de mentalisation ne permettrait pas au parent non seulement de s'organiser psychiquement de manière adéquate avec ses expériences d'attachement mais aussi d'appréhender les états internes de son enfant de manière ajustée et de les réguler de manière appropriée. De telles hypothèses ont été mises de l'avant par des auteurs comme Fonagy, Steele, Moran, Steele et Higgitt (1993) qui expliquent que les

comportements parentaux inadéquats proviennent d'une absence de mentalisation pour ce qui concerne les émotions douloureuses de l'enfant (comme la peur ou l'impuissance). En outre, Allen, Fonagy et Bateman (2008) et Fonagy et Luyten (2009) proposent que les parents qui ne mentalisent pas vont jusqu'à empêcher le développement des capacités de mentalisation de leurs enfants afin d'éviter d'être exposés à l'impact psychologique et à la souffrance qu'ils infligent à ces derniers. Ces éléments pourraient contribuer à expliquer la transmission intergénérationnelle des altérations psychiques du donneur de soins à l'enfant, comme le suggèrent les travaux de Berthelot et ses collègues sur le rôle de la mentalisation du parent dans la perception de compétences parentales et le niveau d'engagement durant la grossesse (Berthelot, Lemieux, Garon-Bissonnette, Lacharité, & Muzik, 2019) et dans le développement de l'attachement désorganisé chez l'enfant (Berthelot et al., 2015).

Conclusion

Dans le but de prévenir les coûts humains, sociaux, et économiques liés à l'altération de la santé mentale des enfants, notre étude cherchait à mieux comprendre ce qui pouvait affecter leur développement. Nous avons porté notre attention en particulier sur une forme dramatique de dommage causé au fonctionnement de l'enfant : le *trauma*. Nous nous sommes donc intéressés aux conséquences psychiques durables qu'ont sur un individu des événements extrêmement stressants (Allen, 2001) avec en arrière-plan des questionnements sur le *trauma intergénérationnel*, un phénomène au cours duquel le trauma d'une génération antérieure semble transmis à la génération suivante de manière directe ou indirecte (Frazier et al., 2009). La théorie de l'attachement, qui s'intéresse en particulier au rôle de la relation parent-enfant et aux représentations que les enfants intériorisent à propos d'eux-mêmes, de leur donneur de soins, et de la relation avec leur donneur de soins, nous a semblé pertinente en tant que cadre théorique pour nous permettre de mieux cerner les éléments principaux qui pourraient contribuer à la transmission du trauma du parent à l'enfant. Étant donné que les enjeux d'attachement participent à la vie psychique de l'individu « depuis le berceau jusqu'à la tombe » (Bowlby, 1969/1982), les représentations d'attachement de l'enfant sont encore actives chez l'adulte. Ces représentations, ou *modèles internes opérants*, jouent un rôle dans le type d'attachement que l'enfant tisse avec sa figure d'attachement, puis plus tard, devenu parent lui-même, dans la relation que l'adulte tisse avec son propre enfant et le type d'attachement que ce dernier développe à l'égard de son parent. Le type

d'*attachement sécurisant* est favorable au bon développement de l'enfant; à l'opposé, parmi les types d'*attachement insécurisant*, l'*attachement désorganisé* est celui qui est le plus associé à des difficultés importantes dans les interactions parent-enfant et à des problèmes d'adaptation chez l'enfant (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2016). Étant donné que nous nous intéressons à la transmission intergénérationnelle du trauma, nous avons porté notre attention sur l'attachement désorganisé à l'âge adulte et à une façon singulière qu'ont certains adultes de conjuguer psychiquement avec leurs représentations d'attachement : l'*état d'esprit d'attachement hostile/impuissant*, ou état d'esprit HH, qui a été associé à un vécu de trauma durant l'enfance (Byun et al., 2016; Milot et al., 2014). Cet état d'esprit d'attachement désorganisé est caractérisé par un clivage entre des représentations polarisées du soi, du donneur de soins, et de la relation entre le soi et le donneur de soins (Lyons-Ruth et al., 2005). Nous avons supposé qu'il pouvait exister des liens entre cet état d'esprit d'attachement hostile/impuissant chez le parent, la qualité de la relation parent-enfant, et certains symptômes traumatiques chez l'enfant puisque les résultats de certaines études montraient, d'une part, que l'état d'esprit HH pouvait affecter la qualité de la relation parent-enfant (Frigerio et al., 2013), et d'autre part, qu'une faible qualité de la relation parent-enfant était un facteur de risque pouvant contribuer au développement de symptômes traumatiques chez l'enfant (Ehrensaft et al., 2017). La notion de *trauma caché* a retenu notre attention parce qu'elle implique que de graves dommages peuvent être causés dans différentes sphères développementales de l'enfant via des interactions parent-enfant déficientes sans que ce dernier n'ait subi d'abus physiques, sexuels, ni psychologiques (Bureau et al., 2010). Nous avons alors

choisi de recruter un échantillon d'enfants n'ayant pas subi de tels abus, mais qui, pour certains, avaient toutefois été exposés à des interactions parent-enfant de très faible qualité comme c'est le cas pour la négligence. Nous avons opérationnalisé la relation mère-enfant en considérant à la fois la présence/absence de négligence de l'enfant et en évaluant la qualité de la communication socioaffective mère-enfant. Toutefois, en dépit de la solidité de la théorie de l'attachement et des concepts qui y sont rattachés, malgré la validité des outils de mesures sélectionnés, et bien que quelques études aient trouvé des liens entre certaines de nos variables d'intérêt, nous n'avons pas trouvé dans notre étude de liens significatifs entre l'état d'esprit HH des mères et les symptômes traumatiques chez l'enfant. Néanmoins, nous avons trouvé des liens entre la qualité de la communication socioaffective mère-enfant et la présence de certains symptômes traumatiques chez l'enfant, et nous avons pu établir qu'il existait des liens marginalement significatifs entre la négligence et certains symptômes traumatiques chez l'enfant. De plus, nous avons trouvé des liens significatifs entre l'état d'esprit HH des mères et la négligence ainsi que des liens marginalement significatifs entre l'état d'esprit HH des mères et la qualité de la communication socioaffective mère-enfant. Ces résultats nous ont conduit à nous questionner sur les caractéristiques de notre étude qui auraient pu être bonifiées et qui nous auraient peut-être permis de trouver d'autres liens ou d'obtenir plus de résultats qui auraient atteint le seuil de signification (p. ex., en recueillant de plus amples informations à propos de la négligence qu'ont subie les enfants négligés de l'échantillon, en tenant compte d'autres facteurs de l'écologie familiale qui auraient pu jouer un rôle, comme le réseau de soutien de la mère ou la

relation de l'enfant avec d'autres figures d'attachement, ou en augmentant la taille de notre échantillon).

Mettre à jour des liens entre nos variables nous a semblé intéressant, mais insuffisant pour pouvoir réellement saisir la dynamique qui sous-tend les traumatismes intergénérationnels. C'est pourquoi, nous avons tâché de comprendre et d'expliquer les processus sous-jacents à la transmission du trauma d'une génération à l'autre. Ainsi, il a été proposé que les comportements de l'enfant en besoin de son donneur de soins activent inconsciemment chez la mère qui a un état d'esprit HH des représentations mentales non résolues du soi comme étant effrayé, abandonné, ou impuissant. La mère réagit alors à cette activation par des comportements hostiles ou impuissants qui se soldent par une indisponibilité ou une insensibilité de la mère aux besoins de l'enfant et qui laissent ce dernier dans un état d'activation trop intense et non-régulé (Howe, 2006; Melnick et al., 2008). Enfin, nous avons suggéré de possibles implications cliniques à nos résultats empiriques et à notre compréhension théorique du phénomène à l'étude. Ainsi, les *interventions fondées sur l'attachement* utilisant la rétroaction vidéo et qui ciblent la dyade parent-enfant ont retenu notre attention, car elles ont un impact positif en termes de prévention ou de soulagement des problématiques relationnelles parent-enfant (Dubois-Comtois et al., 2017; Moss et al., 2011; Tarabulsky et al., 2008). L'approche *Todler-Parent Psychotherapy*, également inspirée par la théorie de l'attachement et qui propose une intervention à la fois sur la relation mère-enfant et auprès de la mère en individuel, semble aussi intéressante (Cicchetti et al., 2000). Enfin,

les interventions qui favorisent le développement des capacités de mentalisation spécifiques au trauma semblent également très adaptées à la problématique étudiée (Ensink et al., 2014; Howe, 2006).

Références

- Ainsworth, M. D. S. (1973). The development of infant-mother attachment. Dans B. Caldwell & H. N. Ricciuti (Éds), *Review of child development research* (pp. 1-94). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York, NY: Halsted Press division of Wiley.
- Allen, J. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester, UK: Wiley.
- Allen, J. (2012). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London, UK: Taylor and Francis.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC: Author.
- Amos, J., Furber, G., & Segal, L. (2011). Understanding maltreating mothers: A synthesis of relational trauma, attachment disorganization, structural dissociation of the personality, and experiential avoidance. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 495-509. doi: 10.1080/15299732.2011.593259
- Babcock Fenerci, R. L., Chu, A. T., & DePrince, A. P. (2016). Intergenerational transmission of trauma-related distress: Maternal betrayal trauma, parenting attitudes, and behaviors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 25(4), 382-399. doi: 10.1080/10926771.2015.1129655
- Babcock Fenerci, R. L., & DePrince, A. P. (2018). Intergenerational transmission of trauma: Maternal trauma-related cognitions and toddler symptoms. *Child Maltreatment*, 23(2), 126-136. doi: 10.1177/1077559517737376
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 29(5), 870-879. doi: 10.1037/0012-1649.29.5.870

- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26, 191-216. doi: 10.1002/imhj.20046
- Barone, L., Bramante, A., Lionetti F., & Pastore, M. (2014). Mothers who murdered their child: An attachment-based study on filicide. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1468-1477. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.04.014
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200-212. doi: 10.1002/imhj.21499
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Lacharité, C., & Muzik, M. (2019). The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between trauma, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse and Neglect*, 95, Article 104065. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104065
- Biringen, Z., Matheny, A., Bretherton, I., Renouf, A., & Sherman, M. (2000). Maternal representation of the self as parent: Connections with maternal sensitivity and maternal structuring. *Attachment & Human Development*, 2(2), 218-232. doi: 10.1080/14616730050085572
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2^e éd.). New York, NY: Basic. **Ouvrage original publié en 1969.**
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York, NY: Basic books.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 89-111). New York, NY: The Guilford Press.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2016). The internal working model construct in light of contemporary neuroimaging research. Dans P. R. Shaver & J. Cassidy (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3^e éd., pp. 63-88). New York, NY: The Guilford Press.
- Briere, J. (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children: Professional Manual*. Lutz: Psychological assesment ressources, Inc.

- Bronfman, E., Parsons, E., & Lyons-Ruth, K. (1992-2004). *Atypical maternal behavior instrument for assessment and classification (AMBIANCE): Manual for coding disrupted affective communication* (2^e éd.). Unpublished manual, Harvard university medical school.
- Bureau, J. F., Martin, J., & Lyons-Ruth, K. (2010). Attachment dysregulation as hidden trauma in infancy: Early stress, maternal buffering and psychiatric morbidity in young adulthood. Dans R. A. Lanius, E. Vermetten, & C. Pain (Éds), *The impact of early life trauma on health and disease, the hidden epidemic* (pp. 48-56). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Byun, S., Brumariu, E. L., & Lyons-Ruth, K. (2016). Disorganized attachment in young adulthood as a partial mediator of relations between severity of childhood abuse and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(4), 460-479. doi: 10.1080/15299732.2016.1141149
- Cassidy, J. (2016). The nature of the child's ties. Dans P. R. Shaver & J. Cassidy (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3^e éd., pp. 3-24). New York, NY: The Guilford Press.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1127-1135. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081360
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2000). The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 135-148. doi: 10.1023/a:1005118713814
- Crowell, J. A., Waters, E., Treboux, D., O'Connor, E., Colon-Downs, C., Feider, O., ... Posada, G. (1996). Discriminant validity of the Adult Attachment Interview. *Child Development*, 67(5), 2584-2599. doi: 10.2307/1131642
- Cyr, C., Euser, E., Bakermans-Kranenburg, & M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, 87-208. doi: 10.1017/S0954579409990289
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., Bernier, A., & Moss, E. (2017). Testing the limits: Extending attachment-based intervention effects to infant cognitive outcome and parental stress. *Development and Psychopathology*, 29(2), 565-574. doi: 10.1017/S0954579417000189

- 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. doi: 10.1037/h0087236
- Dubois-Comtois, K., Moss, E., Cyr, C., Pascuzzo, K., & Vandal, C. (2013). Behavior problems in middle childhood: The role of SES, maternal distress, attachment, and mother-child relationship. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 1311-1324. doi: 10.1007/s10802-013-9764-6
- Dutra, L., Bureau, J. F., Holmes, B., Lyubchik, A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: A prospective study of developmental pathways to dissociation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(6), 383-390. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181a653b7
- Ehrensaft, M. K., Knous-Westfall, H., & Cohen, P. (2017). Long-term influence of intimate partner violence and parenting practices on offspring trauma symptoms. *Psychology of Violence*, 7(2), 296-305. doi: 10.1037/a0040168
- Ensink, K., Berthelot, N., Bernazzani, O., Normandin, L., & Fonagy, P. (2014). Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: Preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale. *Frontiers in Psychology*, 5, Article 1471. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01471
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development & Psychopathology*, 21, 1355-1381. doi: 10.1017/S0954579409990198
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., & Higgitt, A. (1993). Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41(4), 957-989. doi: 10.1177/000306519304100403
- Frazier, K., West-Olatunji, C., St Juste, S., & Goodman, R. (2009). Transgenerational trauma and child sexual abuse: Reconceptualizing cases involving young survivors of CSA. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(1), 22-33. doi: 10.17744/mehc.31.1.u72580m253524811. ISSN 1040-286
- Frigerio, A., Costantino, E., Ceppi, E., & Barone, L. (2013). Adult attachment interviews of women from low-risk, poverty, and maltreatment risk samples: Comparisons between the hostile/helpless and traditional AAI coding systems. *Attachment & Human Development*, 15(4), 424-442. doi: 10.1080/14616734.2013.797266

- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The adult attachment interview*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult attachment interview Protocol* (3^e éd.) Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Gilbert, A. M. (2004). *Psychiatric properties of the Trauma symptoms checklist for children (TSCYC)* (Thèse de doctorat inédite). Alliant international University, San Diego, CA.
- Hesse, É. (1999). The adult attachment interview, historical and current perspectives. Dans P. R. Shaver & J. Cassidy (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 395-433). New York, NY: The Guilford Press.
- Howe, D. (2006). Disabled children, maltreatment and attachment. *British Journal of Social Work*, 36, 743-760. doi: 10.1093/bjsw/bch419
- Jordan, L. (2010). Relational trauma. Dans W. Ray (Éd.), *Handbook of counselling psychology* (3^e éd., pp. 235-257). Los Angeles, LA: Sage.
- Lindstrom Johnson, S., Elam, K., Rogers, A. A., & Hilley, C. (2018). A meta-analysis of parenting practices and child psychosocial outcomes in trauma-informed parenting interventions after violence exposure. *Prevention Science*, 19, 927-938. doi: 10.1007/s11121-018-0943-0
- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 257-275. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:3<257::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-L
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 63-86. doi: 10.1016/j.psc.2005.10.011
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3^e éd., pp. 667-695). New York, NY: The Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Atwood, G., & Yellin, C. (2003). *Pervasively unintegrated hostile-helpless states of mind on the Adult attachment interview: classification and coding manual version 3.0*. Unpublished manuscript, Harvard medical school.

- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Atwood, G., & Yellin, C. (2006). *Pervasively unintegrated hostile-helpless states of mind in the Adult attachment interview: classification and coding manual*. Unpublished manuscript, Harvard Medical School.
- Lyons-Ruth, K., Melnick, S., Patrick, M., & Hobson, R. P. (2007). A controlled study of Hostile-Helpless states of mind among borderline and dysthymic women. *Attachment & Human Development, 9*, 1-16. doi: 10.1080/14616730601151417
- Lyons-Ruth, K., & Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal, 25*, 318-335. doi: 10.1002/imhj.20008
- 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. doi: 10.1080/14616730310001633410
- 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*, 1-23. doi: 10.1017/S0954579405050017
- Macfie, J., Swan, S. A., Fitzpatrick, K. L., Watkins, C. D., & Rivas, E. M. (2014). Mothers with borderline personality and their young children: Adult attachment interviews, mother-child interactions, and children's narrative representations. *Development and Psychopathology, 26*(2), 539-551. doi: 10.1017/S095457941400011X
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & Human Development, 8*, 89-111. doi: 10.1080/14616730600774458
- Madigan, S., Benoit, D., & Boucher, C. (2011). Exploration of the links among fathers' unresolved states of mind with respect to attachment, atypical paternal behavior, and disorganized infant-father attachment. *Infant Mental Health Journal, 32*(3), 286-304. doi: 10.1002/imhj.20297

- 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), *The John D. and Catherine T. Mac Arthur foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161-182). Chicago, IL: University of Chicago 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, 66-104. doi: 10.2307/3333827
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds), *The John D. and Catherine T. Mac Arthur foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Melnick, S., Finger, B., Hans, S., Patrick, M., & Lyons-Ruth, K. (2008). Hostile-helpless states of mind in the AAI: A proposed additional AAI category with implications for identifying disorganized infant attachment in high-risk samples. Dans H. Steele & M. Steele (Éds), *Clinical applications of the Adult attachment interview* (pp. 399-423). New York, NY: The Guilford Press.
- Miljkovitch, R. (2001). *L'attachement au cours de la vie*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Milot, T., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2018). *Trauma complexe, comprendre, évaluer et intervenir*. Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Milot, T., Lorent, A., St-Laurent, D., Bernier, A., Tarabulsky, G., Lemelin, J. P., & Éthier, L. S. (2014). Hostile-Helpless state of mind as further evidence of adult disorganized states of mind in neglecting families. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1351-1357. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.02.015
- Milot, T., St-Laurent, D., Éthier, L. S., & Provost, M. A. (2010). Trauma-related symptoms in neglected preschoolers and affective quality of mother-child communication. *Child Maltreatment* 15(4), 293-304. doi: 10.1177/1077559510379153

- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology*, 40(4), 519-532. doi: 10.1037/0012-1649.40.4.519
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G. M., 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(1), 195-210. doi: 10.1017/S0954579410000738
- 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 age and academic performance. *Developmental Psychology*, 37(6), 863-874. doi: 10.1037/0012-1649.37.6.863
- 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.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a non-clinical samples. *Developmental Psychology*, 9, 855-879. doi: 10.1017/S0954579497001478
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 449-59. doi: 10.1002/jts.20052
- Robertson, J., & Bowlby, J. (1952). Responses of young children to separation from their mothers. *Courrier du Centre International de l'Enfance*, 2, 131-142.
- Sagi, A., van IJzendoorn, M. H., Scharf, M., Koren-Karie, N., Joels, T., & Mayseless, O. (1994). Stability and discriminant validity of the Adult attachment interview: A psychometric study in young Israeli adults. *Developmental Psychology*, 30(5), 771-777. doi: 10.1037/0012-1649.30.5.771

- Sauvé, M., Cyr, C., St-Laurent, D., Mélissande Amédée, L., Dubois-Comtois, K., Tarabulsy, G. M., ... Moss, E. (2021). Transmission of parental childhood trauma to child behavior problems: Parental hostile/helpless state of mind as a moderator. *Child Abuse & Neglect*, *in press*. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104885
- 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: The Guilford Press.
- Schwerdtfeger, K. L., Larzelere, R. E., Werner, D., Peters, C., & Oliver, M. (2013). Intergenerational transmission of trauma: The mediating role of parenting styles on toddlers' DSM-related symptoms. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *22*(2), 211-229. doi: 10.1080/10926771.2013.743941
- Simpson, J. A., & Belsky, J. (2016). Attachment theory within a modern evolutionary framework. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3^e éd., pp. 91-116). New York, NY: The Guilford Press.
- Slade, A. (2011). Disorganized mother, disorganized child: The mentalization of affective dysregulation and therapeutic change. Dans D. Oppenheim & D. F. Goldsmith (Éds), *Attachment theory in clinical work with children: Bridging the gap between research and practice* (pp. 226-250). New York, NY: The Guilford Press.
- Tarabulsy, G., Pascuzzo, K., Moss, E., St-Laurent, D., Bernier, A., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2008). Attachment-based intervention for maltreating families. *American Journal of Orthopsychiatry*, *78*(3), 322-332. doi: 10.1037/a0014070
- Terry, M., Finger, B., Lyons-Ruth, K., Sadler, L. S., & Slade, A. (2020). Hostile/Helpless maternal representations in pregnancy and later child removal: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, *42*, 60-73. doi: 10.1002/imhj.21887
- van der Kolk, B. A., & Courtois, C. A. (2005). Editorial comments: Complex developmental trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *18*, 385-388. doi: 10.1002/jts.20046
- Vanderminden, J., Hamby, S., David-Ferdon, C., Kacha-Ochana, A., Merrick, M., Simon, T. R., ... Turner, H. (2019). Rates of neglect in a national sample: Child and family characteristics and psychological impact. *Child Abuse & Neglect*, *88*, 256-265. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.11.014

- 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(2), 225-249. doi: 10.1017/S0954579499002035
- Verschueren, K., Dossche, D., Marcoen, A., Mahieu, S., & Bakermans-Kranenburg, M. (2006). Attachment representations and discipline in mothers of young school children: An observation study. *Social Development*, 15(4), 659-675. doi: 10.1111/j.1467-9507.2006.00363.x
- Vulliez-Coady, L., Obsuth, I., Torreiro-Casal, M., Ellertsdottir, L., & Lyons-Ruth, K. (2013). Maternal role confusion: Relations to maternal attachment and mother-child interaction from infancy to adolescence. *Infant Mental Health Journal*, 34(2), 117-131. doi: 10.1002/innhj.21379