

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
MARIE-EVE DUGAS-FORTIN

LA PARENTALITÉ ET L'EMPATHIE DES MÈRES PRÉSENTANT
UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

MARS 2016

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

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Julie Lefebvre, Ph.D., directrice de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Julie Lefebvre, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières

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

Serge Sultan, Ph.D. Université de Montréal

Sommaire

La parentalité et l'empathie maternelle peuvent avoir un impact important sur le développement de l'enfant. D'après la littérature existante, l'empathie fait l'objet d'un certain paradoxe, cela, puisque plusieurs études parlent de trop d'empathie alors que d'autres vont faire mention de lacunes dans les compétences empathiques. Concernant la parentalité, la littérature traite de la possibilité d'un certain manque de sensibilité parentale et d'une pauvreté affective, ce qui peut devenir un obstacle à la capacité du parent à répondre aux besoins de son enfant. La négligence parentale, le manque d'investissement émotionnel et l'invalidation parentale sont aussi des facteurs à considérer. Les études sur l'éprouvé subjectif de l'expérience d'être parent rapportent entre autres que les mères présentant un diagnostic de trouble de la personnalité limite se sentiraient moins compétentes et satisfaites dans leur rôle parental. L'objectif de cette étude est de dresser un portrait psychologique de mères présentant un trouble de la personnalité limite, ce qui permettra de préciser si les mères correspondant à ce profil démontreront des particularités au niveau de la parentalité et de l'empathie face à leur enfant. Concernant la méthode utilisée, les participantes sont des femmes qui présentent un trouble de la personnalité limite et qui ont, au moins, un enfant âgé entre 0 et 17 ans. Six participantes ont été recrutées par l'entremise du CISSS du Grand Littoral. Afin de mesurer les variables à l'étude, les mesures utilisées sont un questionnaire préliminaire, le *Structured Clinical Interview* (SCID-II), l'*Interpersonal Reactivity Index* (IRI), et finalement, le Rorschach. Les principaux résultats démontrent certaines particularités concernant la parentalité, comme une régulation des émotions (impulsivité) plus difficile et une perception plus

négative du rôle de parent. Les mères auraient aussi un sentiment d'être moins compétentes comme parents. Trois des six participantes présentent des difficultés à établir une relation de proximité avec leurs enfants et toutes les mères vivaient un sentiment d'isolement important. Au Rorschach, il existe une divergence concernant les contenus humains et leur représentation, car certaines mères présenteraient des comportements inefficaces et inadaptés dans une situation donnée. Aussi, la totalité des participantes démontrerait de la prudence dans l'établissement des liens émotionnels. Pour l'empathie, le paradoxe décrit une grande disparité entre les dimensions cognitives et affectives. La dimension cognitive serait plus faible que la dimension affective, ce qui témoigne d'une difficulté à comprendre le point de vue de l'autre sans être envahi par l'émotion de l'autre (frontières), et donc, à être empathique avec autrui. Dans la discussion, les particularités qui concernent la parentalité, les failles au niveau de l'empathie et le paradoxe y étant associé sont analysés, et ce, conjointement avec les caractéristiques dégagées par d'autres auteurs. Cette étude apporte un éclairage sur les liens entre le trouble de la personnalité limite, la parentalité et l'empathie maternelle, où le manque d'accès à une variété de représentations humaines et le manque de frontières entre soi et l'autre sont incontestables. De l'étude, il ressort aussi la différence majeure entre l'empathie cognitive et l'empathie émotionnelle dans un contexte de trouble de la personnalité limite, pour ensuite s'intéresser à l'importance de développer l'empathie et la mentalisation dans l'intervention avec cette clientèle.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Contexte théorique	5
Compréhension du trouble de la personnalité limite	6
Le trouble de la personnalité limite selon le DSM	7
Vision psychodynamique du trouble de la personnalité limite	8
La parentalité.....	10
Définition	11
Impact de la parentalité sur l'attachement	12
La parentalité limite	15
Les études portant sur la parentalité limite	18
L'empathie maternelle	23
L'empathie et l'identification projective	25
Les études portant sur l'empathie et le trouble de la personnalité limite.....	27
Pertinence et objectif de l'essai.....	30
Méthode.....	32
Participant.es	33
Instrument de mesure	36
Questionnaire préliminaire.....	36

Le Structured Clinical Interview (SCID-II)	37
Questionnaire sur l'empathie.....	38
Le Rorschach	41
Déroulement.....	48
Résultats	51
Analyse des résultats.....	52
Les résultats au SCID-II.....	53
L'étude de la parentalité.....	55
Les résultats du questionnaire préliminaire	55
Les résultats du bloc « relations interpersonnelles » au Rorschach	59
L'étude de l'empathie	64
Les indices d'empathie au Rorschach	64
La mesure d'empathie (IRI)	67
Discussion	69
Analyse des résultats quant à la parentalité	70
Similitudes et différences entre les participantes quant à la parentalité	76
Analyse des résultats quant à l'empathie	79
Similitudes et différences entre les participantes quant à l'empathie	83
Implications cliniques et en recherche	87
Forces et limites de l'étude	90
Conclusion	92
Références.....	95
Appendice. Questionnaire préliminaire	101

Liste des tableaux

Tableau

1	Tableau-résumé des caractéristiques sociodémographiques des six participantes	36
2	Indice de capacités et de carences d'empathie au Rorschach	44
3	Indices de capacités et de carences des capacités relationnelles (bloc relations interpersonnelles)	48
4	Tableau résumé des différents traits de la personnalité limite pour chaque participante	55
5	Comparaison des résultats au Rorschach « Bloc relations interpersonnelles »....	63
6	Indices d'empathie au Rorschach.....	67
7	Comparaison des résultats aux sous-échelles d'empathie (IRI).....	68
8	Tableau-résumé des réponses au questionnaire sur la parentalité pour chaque participante	71

Remerciements

La présente étude n'aurait pas été possible sans le bienveillant soutien de certaines personnes, et il m'est difficile de dire dans les mots qui conviennent l'importance que prend pour moi le rôle qu'elles ont pu jouer dans ce cheminement. Cependant, je voudrais exprimer ici toute ma gratitude à ma directrice de recherche, Julie Lefebvre, qui m'a guidée pas à pas dans la construction de cet essai. Je la remercie également pour tout ce qu'elle m'a appris sur le vaste monde de la psychologie et pour sa grande disponibilité.

Ma gratitude va aussi à toutes celles et ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de cet essai : Suzanne Léveillée pour sa précieuse collaboration, les participantes, puis tous les professeurs, chargés de cours et superviseurs qui m'ont nourrie de leurs réflexions, de leur expérience et de leur passion. Enfin, ces remerciements ne seraient pas complets sans une pensée pour ma famille qui m'a offert un inébranlable soutien, et spécialement à Linda, Gilles, Catherine et mon conjoint Brian, vous avez joué un rôle déterminant dans les moments les plus difficiles.

Introduction

Le contexte de vie des adultes aux prises avec un trouble de santé mentale peut être difficile. Lorsque l'adulte devient parent, il y a des risques de ruptures conjugales et de détresse sociale, relationnelle et économique. Il y a aussi présence de taux plus élevés de conflits familiaux dans les familles où l'un des parents présente un trouble de santé mentale. Pour certaines familles, l'état de crise est fortement imbriqué dans le fonctionnement de la famille. Les conditions de vie de ces parents et de ces familles sont parfois loin d'être faciles. Elles sont même parfois très instables. De cette manière, cet environnement, parfois malsain, peut aussi nuire à l'exercice du rôle parental, surtout quand les familles n'ont peu ou pas de soutien externe, et par conséquent, engendrer un isolement important. C'est ainsi que la reconnaissance du trouble, et surtout, les limitations qu'il peut occasionner quant à l'exercice du rôle de parent peuvent amener le parent à vivre un sentiment d'échec et mener à la honte, à l'humiliation et à la culpabilité. (Boily, 2009).

Par ailleurs, Boily (2009) indique qu'une proportion de 16 à 24 % des enfants qui font l'objet d'un signalement à la loi de la protection de la jeunesse ont un parent qui souffre d'un trouble mental. Cette proportion importante pousse donc à réfléchir à cette problématique et aux effets potentiels que peut avoir la santé mentale sur la parentalité. Notamment, il est rapporté que les manifestations d'un trouble de santé mentale entraîneraient des déficits importants tant aux niveaux affectif et cognitif qu'au niveau

relationnel. C'est ainsi que des difficultés au niveau affectif vont surgir comme une difficulté à répondre de façon adaptée aux besoins affectifs de l'enfant et à utiliser les émotions de façon non adaptée à la réalité. Les difficultés au niveau cognitif vont induire une lacune à répondre de façon adaptée aux besoins de base de l'enfant comme se nourrir ou la sécurité. Finalement, les lacunes au niveau relationnel sont représentées par une incapacité à répondre adéquatement aux besoins relationnels tels qu'interagir positivement avec l'enfant et le socialiser. Néanmoins, il faut spécifier que ce n'est pas le trouble de santé mentale en tant que tel qui est impliqué dans ces difficultés, mais plutôt les manifestations du trouble qui peuvent s'imbriquer ainsi, pour une personne plutôt qu'une autre.

Dans cet essai, il sera question de la parentalité et des capacités empathiques de six mères présentant un trouble de la personnalité limite, en dressant leur portrait psychique. L'utilisation d'une mesure projective : le Rorschach, qui permet de mesurer le fonctionnement intrapsychique de façon représentative, permettra d'éclaircir sous un angle différent de la majorité des études antérieures. C'est ainsi qu'à ce jour, aucune recherche portant sur la parentalité limite n'a mesuré l'empathie et la parentalité, en utilisant une mesure projective. Pour la variable empathie, il faut cependant distinguer l'empathie maternelle (empathie d'une mère face à son enfant) qui, d'ailleurs, est intégrée à l'exercice du rôle parental et à la notion de parentalité, de l'empathie, qui réfère à la capacité d'une personne à être empathique dans ses relations interpersonnelles.

Dans le contexte théorique, une compréhension du trouble de la personnalité limite sera dégagée. Puis, la revue de la littérature sera centrée sur deux variables d'intérêts : la parentalité et l'empathie. La méthode employée pour évaluer ces variables sera spécifiée et la question de recherche sera introduite. Les résultats seront présentés, pour faire place à une réflexion sur les particularités concernant les capacités empathiques et la parentalité chez les mères présentant un trouble de la personnalité limite. Dans cette section, des liens entre les résultats de l'étude et des études connexes pertinentes seront élaborés pour ensuite poser un regard sur les impacts cliniques, soit le développement des capacités empathiques, de l'introspection et de la mentalisation en psychothérapie. Enfin, les forces et les limites de l'étude seront regardées.

Contexte théorique

La première section du contexte théorique portera sur le trouble de la personnalité limite, ce qui permettra de mieux le comprendre. Par la suite, les enjeux entourant la parentalité de façon plus globale et la parentalité dans un contexte de trouble de la personnalité limite seront explorés. Enfin, le concept d'empathie sera défini plus particulièrement.

Compréhension du trouble de la personnalité limite

De façon générale, la personnalité se définit comme l'intégration stable et individualisée d'un ensemble de comportements, d'émotions et de cognitions, fondée sur des modes de réactions à l'environnement qui caractérisent chaque individu (Cottraux & Blackburn, 2006). Cottraux et Blackburn (2006) établissent que la personnalité s'installe sur un continuum allant de la normalité à la pathologie. À cet effet, ils mentionnent que de 30 à 50 % des personnes présentant un syndrome à l'axe 1 et qui consultent en psychiatrie présentent aussi un ou plusieurs troubles de la personnalité à l'axe 2. Il est possible de voir la personnalité limite de différentes façons. Il y a notamment une vision descriptive et une vision psychodynamique. Le DSM-5 (APA, 2015), qui d'ailleurs opte pour une vision plus descriptive, établit que le trouble de personnalité apparaît lorsque les traits de personnalité sont rigides, inadaptés, et lorsqu'ils sont la cause d'une altération du fonctionnement et/ou d'une détresse subjective importante. Globalement, le trouble de la personnalité limite est caractérisé par d'importantes déficiences dans la capacité de

travailler et d'entretenir des relations significatives, ce qui peut notamment avoir une incidence sur la façon dont le parent peut entrer en contact avec son enfant. Cette section fait état de la classification du DSM-5 en ce qui concerne le trouble de personnalité limite, pour ensuite s'intéresser à une approche psychodynamique ou intrapsychique.

Le trouble de la personnalité limite selon le DSM

D'abord, le DSM-5 met en lumière, dans sa classification des troubles mentaux, les critères diagnostics spécifiques au trouble de personnalité limite (APA, 2015). Il décrit les manifestations du trouble de la personnalité limite comme étant :

un modèle général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, également marqué par de l'impulsivité commençant chez le jeune adulte et présent dans un grand nombre de contextes. Néanmoins, il faut noter la présence d'au moins cinq des neuf critères qui suivent, et ce, dans une période de temps significative : 1) des efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés 2) un modèle de relations interpersonnelles instables et intenses, caractérisées par une alternance entre un pôle d'idéalisation et un pôle de dévalorisation 3) des perturbations identitaires importantes qui englobent notamment une instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi 4) de l'impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement dommageables (par exemple, les dépenses, le sexe, la toxicomanie, les conduites dangereuses, les crises de boulimie) 5) la présence de comportement suicidaire récurrent, ou d'automutilation 6) une instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur 7) un sentiment chronique de vide 8) une colère intense, inappropriée ou de la difficulté à contrôler sa colère 9) et une survenue transitoire, dans des situations de stress, d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères. (p. 780)

En somme, le DSM-5 met l'accent sur le fait que les personnes ayant un trouble de la personnalité limite luttent notamment contre une peur irraisonnée de l'abandon et présentent des perturbations identitaires importantes. Elles ont des relations interpersonnelles instables et sont susceptibles d'avoir des tendances suicidaires et/ou des

comportements autodestructeurs répétés. Ici, l'existence d'une comorbidité est possible, voire même fréquente, et il est probable qu'un tel diagnostic existe conjointement avec un autre trouble à l'axe 1, tels un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux.

De manière générale, les troubles de la personnalité sont présents approximativement chez 15 % de la population générale adulte. Cependant, le trouble de la personnalité limite concerne, à lui seul, 1,6 % de la population générale (APA, 2015). Ce trouble serait présent en majorité chez les femmes.

Vision psychodynamique du trouble de la personnalité limite

D'un point de vue psychodynamique, il existe plusieurs visions du trouble de la personnalité limite. L'approche utilise également plusieurs appellations différentes dont l'organisation limite, l'état limite et l'organisation borderline. Bergeret (1996), qui est un auteur clef de l'approche psychodynamique, fournit un portrait différent, quoique complémentaire à certains niveaux de ce trouble. D'ailleurs, il le nomme comme une astructuration. Pour lui, l'astructuration état limite n'est pas considérée comme un trouble de personnalité. Dans cette approche, le trouble de la personnalité limite est décrit en tant qu'astructuration intermédiaire se situant entre la structure de la personnalité psychotique et la structure de personnalité névrotique. La structure psychotique est associée à un déficit au niveau du contact avec la réalité, et elle se présente sous un mode relationnel fusionnel. Ses manifestations sont, le plus souvent, des délires, des hallucinations, un affect plat et des pensées ou des affects inappropriés. Selon Kernberg (1997), l'angoisse sous-jacente

est l'angoisse de morcellement. Dans la structure névrotique, l'élément immuable demeure l'organisation du Moi, où le conflit se situe entre le Moi et les pulsions. L'expérience psychique reste ici bien ancrée dans la réalité, mais il existe une négociation incontournable avec la réalité, par toutes sortes d'aménagements comme par l'apparition de symptômes obsessionnels ou phobiques (Bergeret, 1996). Kernberg (1997) ajoute que l'angoisse de castration est l'angoisse associée à cette structure.

Toujours selon Bergeret (1996), l'astructuration limite serait une pathologie du narcissisme dans laquelle on retrouve deux types de souffrance. La première serait liée au processus de séparation, et la seconde reliée à la dynamique identitaire. Globalement, des perturbations importantes de l'identité sont fréquentes chez les individus présentant cette direction. Les caractéristiques générales des individus ayant un trouble de la personnalité limite sont marquées par la présence d'un fonctionnement dirigé par une grande dépendance à l'autre, par une difficulté à gérer ses émotions, par une instabilité affective, par de l'impulsivité marquée dans le comportement, par un sentiment de vide intérieur, et par l'absence de valeur personnelle. Roussillon et al. (2007) dégagent que les angoisses vécues ici sont essentiellement des angoisses d'abandon et de séparation. Bien qu'elle semble primordiale, la proximité reste néanmoins difficile à gérer pour ces individus, ce qui tend constamment à faire osciller la personne entre la fusion et le rejet.

Le clivage est le mécanisme de défense le plus fréquemment utilisé dans l'astructuration limite. Cela consiste en une incapacité de percevoir en même temps les

caractéristiques positives et négatives d'une personne, d'un événement. Le clivage est le résultat d'une pensée dichotomique telle que tout est bon versus tout est mauvais. Les mécanismes d'identification projective¹, le déni², l'omnipotence³, la dévalorisation⁴ et l'idéalisation primitive⁵ peuvent être tout aussi fréquents (Kernberg, 1997).

La littérature indique clairement que non seulement les facteurs biologiques, mais aussi les caractéristiques familiales et environnementales font également partie de l'étiologie de ce trouble (APA, 2015). Notamment, la parentalité et l'empathie maternelle s'avèrent être des notions à considérer dans la compréhension de ce trouble.

La section qui suit portera sur la spécificité de la parentalité, afin de mieux comprendre les enjeux qui concernent la relation parent-enfant dans un contexte de trouble de la personnalité limite.

La parentalité

En préambule, cette section s'intéressera à définir le concept de parentalité de façon globale et soutiendra une compréhension plus poussée de ce concept. Ensuite, les

¹ L'identification projective est un processus intrapsychique et fantasmatique, où les aspects clivés de la représentation de soi sont transférés à une représentation de l'objet, en s'y identifiant (Millaud, 2009).

² Le déni est une notion utilisée en psychanalyse pour désigner le fait de refuser, de façon inconsciente, une partie ou l'ensemble d'une réalité (Kernberg, 1997).

³ L'omnipotence est un terme référant à la toute-puissance (Kernberg, 1997).

⁴ La dévalorisation est expliquée par le moi grandiose qui cherche à contrôler le mauvais objet, en le dévalorisant ou en le rejetant (Kernberg, 1997).

⁵ L'idéalisation primitive est une opération défensive ayant pour but de se protéger de l'autre qui est perçu comme étant menaçant, en l'idéalisant (Kernberg, 1997).

spécificités de la parentalité en présence d'un trouble de la personnalité limite et une recension des études sur le sujet seront concernées.

Définition

D'abord, la notion de parentalité évolue dans un contexte social en ce sens où les individus qui deviennent parents accèdent à un nouveau statut au sein de la société. La réussite liée au rôle de parent peut contribuer à procurer un sentiment de valeur et de compétence personnelle alors que les échecs à cet égard peuvent être source de stress et de tension en créant une variété d'images de soi négatives (Boily, St-Onge, & Toutant, 2006).

Lamour et Baraco (1998) définissent la parentalité comme un processus maturatif, c'est-à-dire un processus qui implique essentiellement un ensemble de réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, et donc, de répondre aux besoins physiques, affectifs et psychologiques de leurs enfants. Il existe dans la littérature divers types de parentalité selon les auteurs. Houzel (1999), qui a concentré ses recherches sur le sujet, mentionne l'existence de trois axes spécifiques concernant la parentalité : (1) l'axe de l'exercice de la parentalité qui regroupe l'ensemble des droits et des devoirs dont est dépositaire tout parent à la naissance d'un enfant, et qui concernerait une obligation de choix, de surveillance et de protection quant à l'éducation et à la santé de son enfant. Ici, les dysfonctionnements peuvent intervenir soit par excès (rigidité dans des exigences qui sont disproportionnées par rapport à l'âge de l'enfant), soit par manque

(difficultés à assumer l'autorité, incitations à des comportements asociaux, discontinuité des liens, etc.); (2) L'axe de l'expérience de la parentalité se qualifie comme étant l'axe du ressenti de la parentalité. Cet axe est d'ailleurs intimement lié à l'affect et au subjectif. Là aussi, des excès peuvent se manifester soit en trop (fusion, emprise, etc.) soit en moins (rejet, déception, sentiment d'être persécuté par l'enfant, maltraitance, etc.); et (3) L'axe de la pratique de la parentalité est celui qui se définit par l'ensemble des gestes de la vie quotidienne, qui impliquent le fait d'être parent, la mise en œuvre des soins parentaux et les interactions entre le parent et son enfant. Ici, des écarts peuvent se manifester, soit par excès (surprotection, etc.), soit par défaut (carence dans l'hygiène ou l'alimentation, manque de stimulation, absence de suivi médical, etc.). C'est donc à travers ces trois axes, que la parentalité peut présenter certaines lacunes, par exemple, lorsque le parent n'est pas en mesure de répondre adéquatement aux besoins de son enfant. La section qui suit souligne une compréhension plus poussée de l'impact que peut avoir la parentalité sur l'enfant, ainsi que sur son attachement.

Impact de la parentalité sur l'attachement

La vie psychique et affective se forme à travers les interactions parent-enfant dès la naissance de ce dernier. Elle se traduit entre autres par la satisfaction des désirs primaires comme boire, manger, dormir. C'est d'ailleurs en grande partie à travers ces interactions que l'enfant grandit et développe ses capacités relationnelles. Il faut préciser qu'un temps d'attente pour la satisfaction des besoins est nécessaire pour initier et nourrir la vie psychique du bébé (Le Nestour, Apter-Danon, Héroux, Mourgues, &

Patouillot-Slatine, 2007). Si l'attente d'un besoin est supportable, elle aboutit à une satisfaction de manière créative qui contribue à établir un climat de sécurité chez l'enfant et à synchroniser la relation mère-enfant. Toutefois, si l'attente est insupportable et implique de la détresse, un dysfonctionnement dans l'élaboration de la vie psychique est possible (Le Nestour et al., 2007). Précisément, cela arrive lorsque la satisfaction du désir ne s'est pas faite dans le délai adapté au développement du nourrisson et que l'objet (la mère) reste investi temporairement. D'ailleurs, la mère qui ne comprend pas les besoins de son enfant ou qui n'y répond pas de manière adéquate, pour des raisons physiques ou psychologiques, va être susceptible de contribuer à l'apparition d'un dysfonctionnement dans le développement psychique ou affectif de son enfant (Rygaard, 2007). Le Nestour et al. (2007) rapportent la même dynamique non seulement pour la mère qui ne correspond pas adéquatement aux besoins de son enfant, mais aussi pour la mère, qui, au contraire, subvient trop rapidement aux besoins de son enfant. À cet effet, c'est à travers la parentalité, c'est-à-dire la façon que le parent répond aux besoins de son enfant, que l'attachement parent-enfant va se développer au fil du temps.

Le concept d'attachement parent-enfant est un processus qui se construit graduellement et qui traduit la relation entre l'enfant et sa figure d'attachement. L'attachement se caractérise par les échanges entre l'objet (le plus souvent la mère) et son enfant (Doumont & Renard, 2004). Weinfield, Sroufe, Egeland et Carlson (2008) proposent deux avenues au développement d'une relation d'attachement : la relation sécuritaire ou la relation insécuritaire. La direction dépend de deux éléments au sein de la relation

entre l'enfant et sa figure d'attachement. Elle dépend de la perception qu'a l'enfant de la disponibilité de son donneur de soin lorsqu'il a besoin de protection et de réassurance. Elle dépend aussi de l'organisation des comportements de l'enfant autour de cette disponibilité. Précisément, l'attachement sécure émerge au fil des expériences au cours desquelles la figure d'attachement a su se montrer sensible, réconfortante et disponible pour l'enfant, cela en réponse à un besoin. Au contraire, l'attachement insécure implique que l'enfant n'a pas vécu suffisamment de disponibilité et de sensibilité de la part de sa figure d'attachement lorsque l'environnement se montrait menaçant. À cet effet, la manière que l'enfant entrera en contact avec l'environnement découle directement de la direction de la relation d'attachement primaire et des relations futures. D'ailleurs, les enfants ayant un attachement sécurisant ont su développer de l'empathie grâce à leur vécu dans leur relation d'attachement de base. Plus tard, il est donc plus facile pour ces enfants de se montrer sensibles au vécu émotionnel d'autrui (Weinfield et al., 2008).

Il est clair que les soins, les interactions et la façon dont le parent s'occupe de son enfant sont en lien direct avec le développement de l'enfant. Selon Le Nestour et al. (2007), des incohérences à ces niveaux pourraient avoir pour effet de troubler la création du Moi¹. Justement, Winnicott (1989) met en lien que le moi commence à s'organiser à partir des premières expériences avec la mère, et ajoute le concept de mère suffisamment bonne. Cette dernière est celle qui est capable de laisser son enfant faire face à la

¹ Le moi : Instance de l'appareil psychique décrite par Freud comme étant les intérêts qui totalisent l'ensemble d'une personne. Il a un rôle de régulateur et de médiateur avec les autres instances : le ça et le surmoi (Freud, 1927).

frustration, ni trop longtemps absente, ni trop possessive ou envahissante. Naturellement, cela va faire en sorte que l'enfant va procéder progressivement à une différenciation de la mère pour constituer un objet distinct. Toutefois, la mère insuffisamment bonne peut l'être de diverses manières. Par exemple, une empathie excessive et prolongée au-delà du nécessaire empêche l'enfant de se différencier de sa mère et de ressentir le manque de la même manière qu'un manque d'empathie expose l'enfant à se soumettre à la non-représentativité et au manque de reconnaissance de ses propres besoins (Le Nestour et al., 2007).

Dans le contexte où la mère ne répond pas adéquatement aux besoins et aux désirs de son enfant, le nourrisson est donc submergé, voire envahi par sa propre excitation. Il ne peut pas atteindre la satisfaction de son désir qui lui aurait permis de réguler sa pulsion, son désir. Il est à noter que l'aménagement d'une distance raisonnable et régulée entre la mère et son enfant peut s'avérer très difficile à appliquer non seulement pour une mère, mais particulièrement pour une mère présentant un trouble de la personnalité limite (Le Nestour et al., 2007).

La parentalité limite

Fonagy et Target (1996) mentionnent que le bouleversement émotionnel qui décrit la personnalité limite de façon plus générale, ou dans un contexte particulier de parentalité limite est notamment lié à son incapacité à être empathique lors d'une relation. Ce manque d'empathie est lié non seulement à la difficulté de ressentir ce que l'autre ressent, mais

surtout à l'intensité des émotions qui ont tendance à l'envahir. Cela, lorsqu'elle est amenée à s'identifier aux émotions d'une autre personne. L'instabilité que peut présenter ces mères limites est directement liée à cette incapacité à être empathique lors d'une relation. Cela se traduit non seulement par une incapacité à reconnaître l'état émotionnel de l'autre, mais aussi par le fait que ses propres sentiments la submergent, l'envahissent lorsqu'elle est amenée à s'identifier aux émotions d'une autre personne.

Comme il a été mentionné ci-haut, le nourrisson est dépendant de sa mère pour que celle-ci interprète adéquatement ses besoins. Lorsqu'une mère s'en trouve incapable, la capacité de l'enfant à donner du sens à ses émotions et à se représenter un monde cohérent est inévitablement altérée (Fonagy & Target, 1996). Dans un contexte de la relation mère bébé, la difficulté à identifier et à ressentir les besoins de son enfant représente un handicap sévère. Cette réalité peut, entre autres, avoir pour effet de développer un faux self chez l'enfant qui la vit et d'entraver la formation d'un narcissisme sain (Le Nestour et al., 2007). Il convient donc de décrire les concepts ci-dessus le faux self et le narcissisme, afin de mieux comprendre les particularités de la parentalité limite.

Précisément, le concept de self tel que défini par Winnicott (1989) désigne la représentation de la personne entière incluant le corps et l'organisation mentale. Du self découle la perception que les exigences pulsionnelles proviennent de soi et non pas de l'environnement (différenciation moi/non-moi). C'est alors que Winnicott distingue le vrai self du faux-self ou le premier comprend ce qui provient seulement du moi. Il correspond

à la partie qui se construit à partir des relations saines avec l'objet, comme la mère suffisamment bonne qui répond adéquatement aux besoins de son enfant. Le second, le faux-self est celui qui se met en place suite à des carences maternelles ou parentales, et qui a tendance à se confondre avec la personne. Ainsi, le faux-self implique que la séparation de l'objet ne s'est pas faite adéquatement au préalable. L'individuation n'étant pas accomplie, cet état peut devenir une source d'angoisse importante pour l'enfant.

En ce qui concerne le narcissisme, les théories infantiles ont fait constat de l'importance du passé subjectif et de la construction de sens pour l'enfant (Thouret, 2004). Ainsi, ce dernier doit interpréter, de manière subjective, les multiples événements et modes de relation qui s'inscrivent dans son enfance. C'est donc de façon graduelle et à travers les répétitions que le narcissisme primaire se développe. En même temps que l'enfant se construit progressivement un lien avec la mère, il va devoir simultanément commencer à intégrer la différenciation avec elle pour pouvoir se former, ce qui est appelé communément le narcissisme primaire, et ainsi former une personne à part entière. Cela dit, l'investissement de l'objet maternel se développe en superposition de l'investissement de lui-même, à condition que l'investissement de l'objet vienne refléter à l'enfant un état qui lui appartient ou qui correspond à son propre état interne (Le Nestour et al., 2007). Les auteurs mentionnent que cette étape peut s'avérer difficile pour un enfant de mère limite compte tenu qu'il peut y avoir non seulement un reflet inadéquat des besoins du bébé, mais aussi un manque de distance entre la mère et son bébé. De cette manière, la mère état limite présente des efforts effrénés pour éviter de faire face à un abandon, ce qui

risque de créer des relations instables avec l'entourage, notamment avec le nourrisson. Le type de dysfonctionnement des parents présentant un trouble de la personnalité limite est alors teinté d'un chaos qui tend à osciller entre la fusion et le rejet. Le Nestour et al. (2007) ajoutent que ces mères pourraient développer une parentalité limite en soumettant leur bébé à des états qui tendent à se rapprocher de ceux qu'ils n'ont pu gérer alors qu'elles étaient enfants.

Les études portant sur la parentalité limite. À ce jour, peu d'études se sont penchées sur la parentalité limite et il n'existe pas de données bien précises entourant ce sujet. Toutefois, une enquête exploratoire réalisée auprès de 68 intervenants du Centre jeunesse de Montréal révèle que 39 % des 1030 enfants à leur charge ont au moins un parent qui souffre d'un trouble mental (Laporte, 2007). Parmi ces parents, 48 % des mères et 30 % des pères ont un trouble de la personnalité, la majorité d'entre eux présentant un trouble de la personnalité limite. Il serait donc avantageux d'élaborer sur les manifestations du trouble de la personnalité limite chez un parent afin de cerner les particularités qui peuvent s'en dégager et dans le but d'éclaircir sur les transmissions intergénérationnelles possibles.

Qui plus est, les études qui se sont intéressées au thème de la parentalité limite peuvent être regroupées en trois, en référant à trois directions principales. Globalement, ces thèmes sont 1) les études qui traitent des lacunes dans les compétences parentales; 2) celles qui se sont penchées sur les comportements parentaux pouvant expliquer le

développement d'un trouble quelconque chez l'enfant; et finalement 3) celles qui se sont penchées sur l'éprouvé subjectif de l'expérience d'être parent.

Concernant les études portant sur les lacunes dans les compétences parentales, le manque de sensibilité parentale est un facteur à considérer. C'est ainsi que Newman, Stevenson, Bergman et Boyce (2007) se sont intéressés à des dyades mère-bébé, qu'ils ont séparé en deux groupes. Un groupe concernait des mères présentant un trouble de la personnalité limite (groupe témoin), et l'autre groupe, des mères ne présentant pas ce trouble (groupe contrôle). Ces cohortes ont été comparées sur les interactions mères-enfants et sur la perception de leur rôle de parent. Les auteurs rapportent que les mères présentant un trouble de la personnalité limite seraient moins sensibles dans leurs interactions avec leur enfant. En outre, les mères du groupe témoin ont déclaré être moins satisfaites et moins compétentes dans leur rôle parental. Rosenblum (2009) ajoute que ces mères présenteraient, le plus souvent, une pauvreté affective.

Des auteurs comme Macfie et Swan (2009) se sont intéressés à la régulation des émotions et à la représentation qu'a l'enfant de sa relation parent-enfant, chez 30 enfants de 4 à 7 ans qui ont une mère présentant un trouble de la personnalité limite et chez 30 enfants ayant une mère faisant partie de la population générale. Néanmoins, la totalité des 60 enfants de cette étude ont un statut socioéconomique inférieur. Les résultats suggèrent une difficulté à réguler les émotions, qui selon eux, serait intimement associée à la confusion de l'identité de la mère, à la perception d'une relation négative, et corrélée

aux comportements d'automutilation chez l'enfant. Il y aurait également un lien significatif entre la difficulté à réguler les émotions, la perception du self et les caractéristiques limites de la mère. Concernant la perception du self, les enfants ayant une mère présentant un trouble de la personnalité limite avaient une perception de leur self plus incongrue et honteuse que celle du groupe contrôle. À leur tour, Newman et al. (2007) ajoutent que les mères ayant un trouble de la personnalité limite seraient moins efficaces à fournir une structure à leur enfant. Ils suggèrent aussi que ces mères auraient de la difficulté à percevoir leur enfant comme un individu à part entière et qu'ils présenteraient de la difficulté à interpréter les comportements et la communication avec empathie.

Pour les études qui penchent du côté des comportements parentaux pouvant expliquer le développement de difficultés chez l'enfant, Fruzzetti, Shenk et Perry (2005) mentionnent clairement que la négligence parentale, le manque d'investissement émotionnel et l'invalidation parentale semblent contribuer au développement d'un trouble chez l'enfant. À cet effet, Zanarini et al. (1997) ont évalué les expériences infantiles par le biais d'une entrevue semi-structurée et telles que rapportées par 467 patients hospitalisés (18 à 50 ans) présentant un trouble de la personnalité limite ou un autre type de trouble à l'axe 2. Dans cette étude, 92 % des patients ayant un trouble de la personnalité limite avaient fait l'expérience de négligence de la part des parents et de déni émotionnel avant l'âge de 18 ans. D'ailleurs, il convient de préciser qu'il existe plusieurs types d'invalidation : l'invalidation de l'expérience personnelle, d'un comportement, des difficultés de l'enfant par le parent, et l'invalidation du self. Ces types de manifestation

pourraient créer, chez l'enfant, un déficit au niveau des affects et ainsi induire une régulation cognitive et attentionnelle moins efficace. De plus, il risque de présenter des réponses émotionnelles moins adaptées et une mauvaise identification et régulation des émotions (Fruzzetti et al., 2005).

Enfin, bien qu'elles soient peu nombreuses, les études sur l'éprouvé subjectif de l'expérience d'être parent rapportent que les mères présentant un diagnostic de trouble de la personnalité limite se sentiraient moins compétentes et satisfaites dans leur rôle parental. C'est ainsi que Newman et Stevenson (2005) ont fait cette compréhension à partir d'un cas clinique et ajoutent que le parent présentant un portrait de trouble de la personnalité limite aurait également plus de difficulté à mettre en mots sa détresse. Certaines études amènent le concept de mentalisation et de fonction réflexive de la mère proposé par Fonagy et Target (1997). Le terme de fonction réflexive fait référence à la capacité de mentalisation et décrit la capacité d'une personne à percevoir et comprendre les états mentaux et affectifs d'autrui, incluant les émotions, les intentions, les pensées, les croyances et les désirs (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). C'est ainsi que Newman et Stevenson (2005) suggèrent, dans leur écrit, que les mères qui présentent un trouble de la personnalité limite auraient de la difficulté à interpréter les comportements et la communication avec empathie.

En somme, dans la littérature, il semble y avoir consensus en ce qui concerne la présence d'une charge affective importante qui décrit le trouble de la personnalité limite.

Ainsi, cette charge semble être un facteur déterminant pour comprendre les spécificités de la parentalité limite, les difficultés au niveau des capacités empathiques et les difficultés du parent à répondre de façon adaptée aux besoins de son enfant. Essentiellement, les trois types d'études qui décrivent la parentalité dans un contexte de trouble de la personnalité rapportent un manque de sensibilité parentale et une pauvreté affective marquée chez ce type de mère. Aussi, des particularités auraient été observées au niveau de la régulation des émotions, d'un manque d'investissement émotionnel, d'une probabilité d'observer de la négligence et des comportements d'invalidation parentale plus remarquables. Finalement, les études ont aussi retenu une perception plus négative de leur rôle parental et le sentiment d'être moins compétents comme parent. Toutefois, il faut être prudent en ce qui concerne la généralisation des résultats de ces études puisqu'il existe certaines limites concernant la méthodologie, et que les conditions, manifestations qui peuvent entraver la capacité d'une mère limite à être empathique peuvent ne pas être présentes pour une autre mère limite. Concernant la méthodologie, la présence d'une comorbidité à l'axe 1 est possible, car elle n'a pas été mesurée pour la plupart des études. La sévérité des symptômes et la capacité de mentalisation, qui peuvent aussi faire varier les résultats, sont des facteurs à considérer pour les futures recherches sur le sujet. De plus, certaines études se sont concentrées sur un échantillon ne concernant que des participantes ayant un statut socioéconomique inférieur, ce qui a pu influencer considérablement les résultats. Pour finir, puisqu'il peut parfois être difficile de mentaliser pour cette population, les études basées sur des mesures subjectives (autorapportées) peuvent ne pas représenter leur monde mental de façon adaptée à la réalité.

L'empathie maternelle

Parce que la littérature indique que les particularités observées ci-haut pourraient notamment être expliquées par les capacités empathiques de la mère, la section qui suit proposera d'abord 1) une définition de l'empathie; 2) une compréhension de la notion d'identification projective; et 3) pour ensuite recenser les études qui ont été faites à ce jour, sur l'empathie et le trouble de la personnalité limite. Toutefois, il convient ici de rappeler la distinction entre l'empathie de la mère face à son enfant, qui constitue un aspect particulier de l'exercice du rôle de parent élaboré plus tôt, et la capacité d'une personne à être empathique dans le cadre de ses relations interpersonnelles, qui implique la notion d'empathie.

Jusqu'à présent, il ne semble pas y avoir, dans la littérature, une définition qui permet de définir spécifiquement l'empathie maternelle. Pour cette raison, elle sera regardée sous le concept général d'empathie, qui permettra de mieux comprendre les fondements qui l'entourent. Bien que connu, le concept d'empathie est complexe à définir, à circonscrire, voire même à évaluer (Milner, Halsey, & Fultz, 1995). Quant à elle, la définition de Feshbach (1989), qui est d'ailleurs largement utilisée, consiste à décrire l'empathie, de manière générale, comme une réponse émotionnelle partagée entre un observateur et un sujet. Dans son modèle, la réaction affective empathique présente trois composantes : (1) l'habileté cognitive à discriminer les indices d'une émotion chez l'autre; (2) la capacité à adopter la perspective de l'autre; et (3) l'habileté affective à ressentir l'émotion. Cependant, Feshbach distingue l'empathie de la manifestation de la même émotion vécue

par une autre personne. De cette manière, l'empathie requiert que l'individu maintienne des limites claires entre lui et l'autre.

Dans son approche multidimensionnelle, Davis (1994) aborde l'empathie comme un ensemble de constructions qui concerne de multiples dimensions. Il précise que l'empathie réfère aux réactions d'une personne à la vue des expériences qu'une autre personne peut faire. C'est ainsi qu'il distingue deux grandes dimensions : soit la réaction empathique émotionnelle et la réaction empathique cognitive ou intellectuelle. La première est celle qui renvoie à la capacité de mentalisation des états mentaux d'autrui, et qui s'associe à la capacité de nommer, d'observer et de ressentir les émotions. La seconde est une composante axée sur l'analyse du contenu affectif, à savoir la capacité de réagir adéquatement sur le plan émotionnel et de ressentir l'autre (Davis, 1994).

L'empathie est donc décrite par Davis (1994) comme étant un phénomène requérant à la fois la capacité de partager le niveau émotionnel d'une autre personne (empathie émotionnelle), et la capacité de comprendre l'expérience ainsi que la perspective de l'autre (empathie cognitive). Dans sa mesure d'empathie, Davis (1994) décrit quatre sous échelles afin de mieux cerner les composantes relatives, c'est-à-dire : 1) la fantaisie, qui correspond à la capacité d'une personne à se transposer dans l'imagination, dans les sentiments et dans les actions de l'autre, que ce soit dans un contexte réel ou fictif. Le contexte fictif réfère ainsi à la capacité de se transposer dans la vie d'un personnage de film, ou encore, de livre; 2) Le souci empathique est associé au sentiment de sympathie et

de préoccupation pour l'autre; 3) l'adaptation contextuelle qui concerne la tendance à adopter spontanément la vision, le point de vue de l'autre; et 4) la capacité de voir la détresse personnelle de l'autre, en terme de malaise et d'anxiété face à l'autre, cela lorsqu'une situation interpersonnelle tendue survient.

Dans un contexte de trouble de la personnalité limite, il peut exister un manque de frontières important. Advenant le cas où les frontières entre soi et l'environnement ne sont pas claires, l'individu réagit comme si l'expérience de l'autre était la sienne. Cette réponse qui suppose nécessairement l'existence d'une fusion entre soi et l'autre, peut résulter d'une réponse émotionnelle exagérée et inadéquate plutôt qu'adaptative, dans un contexte donné (Feshbach, 1989). C'est ainsi que la complexité du concept d'empathie fait en sorte qu'il peut être difficile de discriminer de façon précise les manifestations d'empathie, puisqu'elle peut être intimement associée à d'autres concepts tels que l'identification, ou plus spécifiquement, l'identification projective. La section qui suit permet de dégager l'identification projective de la manifestation d'empathie, sachant que l'empathie joue un rôle déterminant dans la composition du trouble de la personnalité limite.

L'empathie et l'identification projective

D'abord, l'identification est un processus où un sujet assimile un aspect de l'autre et se projette, se transforme pour s'apparenter à un modèle initial. Cette notion implique une relation de similitude, car l'identification recoupe des concepts qui réfèrent à une forte analogie entre soi et l'autre : l'imitation, l'empathie, la sympathie, la contagion mentale et

la projection (Laplanche & Pontalis, 1967). La projection, quant à elle, est un mécanisme de défense qui vise à se protéger d'un désir ou d'une pulsion perçue comme étant inacceptable. Pourtant, la notion d'identification projective ne se distingue que très subtilement de la projection telle que définie ici.

Il faut savoir que pour Melanie Klein, l'identification projective est un processus exclusivement intrapsychique et fantasmatique. Précisément, ce sont des aspects (clivés) de la représentation de soi qui sont ainsi transférés à la représentation de l'autre, en s'y identifiant (Millaud, 2009). Selon cette conception, les pulsions qui peuvent être mises en jeu ne dépendent pas du comportement ou de la réponse de l'autre en tant que personne réelle, mais plutôt de sa propre perception de l'autre, de son propre besoin, de sa propre projection. Ainsi, il est important de bien comprendre l'identification projective dans la perspective de la relation parent-enfant. Millaud (2009) ajoute d'ailleurs que lorsque les soins sont orientés vers les besoins du parent, l'enfant ne peut adopter une attitude positive face au monde extérieur, car les représentants du monde externe ne sont pas en mesure de répondre à ses besoins. De cette manière, il verra naître des sentiments de doute ou de méfiance envers l'autre et il est probable qu'il en résulte que l'enfant ait de la difficulté à demander, de façon plus générale, de l'aide à la famille ou à la communauté. Toutefois, l'identification projective peut apporter une valence plus positive. Or, Roussillon et al. (2007) décrivent cette notion comme un processus nécessaire au développement de la personnalité et de la relation d'objet. Cependant, les auteurs précisent que pour avoir une

santé mentale, il est essentiel de renoncer à l'identification projective, pour ainsi permettre d'assumer sa propre identité et de pouvoir être en relation avec autrui.

Les études portant sur l'empathie et le trouble de la personnalité limite

Cette section porte sur les études recensées à ce jour, qui concernent l'empathie dans un contexte de trouble de la personnalité limite. D'ailleurs, Dinsdale et Crespi (2013) se sont intéressés à ce sujet en effectuant une recension de 28 études portant sur l'empathie et le trouble de la personnalité limite. Ces 28 études ont évalué divers aspects de l'empathie. Les six catégories dégagées sont : (1) la sensibilité non verbale; (2) la reconnaissance des émotions; (3) les compétences empathiques autodéclarées; (4) l'intelligence émotionnelle; (5) les états mentaux, cela, en mesurant la réponse aux stimuli passifs tels que des photographies, des films, des dessins animés, et des histoires; et (6) dans les interactions avec des stimuli actifs. Dans l'ensemble, les 28 études ont employé 19 mesures différentes de l'empathie (autorapportée et observation directe) et ont rapporté 41 résultats pertinents. Il est recensé que pour 14 études, les habiletés empathiques ont été signalées plus positives, alors que dans 13 études, les habiletés empathiques étaient réduites. Pour les 14 autres études, les résultats ont dégagé des compétences similaires. De ce fait, les recherches parlent d'un certain paradoxe, puisque des études parlent à la fois d'une empathie améliorée, similaire et réduite. Dinsdale et Crespi ajoutent qu'une cause possible de la variation des résultats entre les études est la nature de la composante (empathie cognitive ou affective) du test d'empathie déployé.

Les études comparant les compétences empathiques cognitives et affectives dans un contexte de trouble de la personnalité limite ont révélé un modèle cohérent et intéressant. Harari, Shamay-Tsoory, Ravid et Levkovitz (2010) ont signalé une empathie cognitive plus faible, mais rapportent la présence d'une empathie affective plus grande chez les individus présentant un trouble de la personnalité limite. De plus, le groupe témoin a été caractérisé par une empathie cognitive plus élevée par rapport à l'empathie affective, alors qu'à l'inverse, les individus présentant un trouble de la personnalité limite ont démontré une empathie affective plus élevée par rapport au groupe contrôle. De même, Guttman et Laporte (2000) ont rapporté une empathie cognitive réduite et une empathie affective améliorée chez les individus présentant un trouble de la personnalité limite. Ces études sont limitées par le fait que la capacité des sujets présentant un trouble de la personnalité limite à évaluer avec précision leurs propres compétences empathiques est inconnue, donc les résultats justifient une interprétation réservée.

En résumé, étant donné que les études démontrent un certain paradoxe en ce qui concerne les capacités empathiques chez les personnes présentant un trouble de la personnalité limite, il est possible que l'empathie, dans ce contexte, soit caractérisée par une dissociation entre les différentes facettes des compétences empathiques (Harari et al., 2010). Précisément, ces résultats suggèrent l'importance de départager les dimensions cognitives et affectives pour mesurer l'empathie de façon plus exhaustive.

L'empathie se distingue aussi de la contagion émotionnelle, qui réfère plutôt à la capacité à éprouver comme le sien propre l'état sensoriel de quelqu'un d'autre, donc sans prise de perspective. Encore là, il n'y a pas de frontières entre soi et l'autre. Ainsi, la contagion émotionnelle est un processus par lequel un individu s'imprègne de l'état affectif d'une autre personne, mais sans se rendre compte que ce n'est pas une émotion qui lui est propre (Favre, Joly, Reynaud, & Salvador, 2009). Il faut donc souligner qu'une réponse empathique appropriée n'est pas synonyme d'une simple « contagion émotionnelle ». Cette dernière renvoie plutôt à une détresse personnelle, qui concernera d'abord les enjeux individuels en lien avec des difficultés à réguler les émotions, dans un contexte relationnel.

En somme, il ressort de la littérature que l'empathie est un concept difficile à définir en raison des différentes dimensions qui la décrivent. Concernant les capacités empathiques mesurées par les études dans un contexte de trouble de la personnalité limite, il existe un paradoxe important qui peut, en partie, être expliqué à travers les notions d'identification projective et de contagion émotionnelle, ce qui sera élaboré de façon plus détaillée dans la section discussion. Or, les études ne s'entendent pas puisque certaines d'entre elles ont observé trop d'empathie, d'autres obtiennent des résultats équivalents et d'autres constatent moins d'empathie. Toutefois, le point commun ici est le manque de frontières qui peut exister dans un contexte de trouble de la personnalité limite. Ce manque de consensus peut aussi être lié aux limites méthodologiques qui qualifient ces études. Comme il a été rapporté plus tôt, 19 mesures différentes ont été utilisées pour regarder

l'empathie dans un contexte de trouble de la personnalité limite. Ainsi, les différents tests concernés ne mesuraient pas tous la même dimension de l'empathie, ou certains ne différenciaient pas l'empathie cognitive de l'empathie affective. Cette réalité peut, en partie, expliquer le paradoxe, puisque les résultats ont pu en être teintés. Aussi, plusieurs mesures rapportaient les capacités empathiques de manière autorapportée et ne tenaient pas compte de la présence possible d'une comorbidité, ce qui a pu influencer les résultats. Pour les raisons énumérées ci-dessus, les conclusions de ces études doivent donc être interprétées avec prudence, puisque d'autres facteurs pourraient inévitablement interférer avec les résultats.

Pertinence et objectif de l'essai

Dans la littérature scientifique consultée, les chercheurs qui se sont penchés sur les mères présentant un trouble de la personnalité limite, le faisaient plus particulièrement en fonction de la parentalité et de la parentalité limite en général. Ces recherches ont grandement fait avancer la compréhension de l'organisation psychique et les spécificités de la parentalité limite, mais certains manques décrivent ces études. Par exemple, peu d'études se sont intéressées aux capacités empathiques de ces mères en utilisant des tests, et plus particulièrement, en utilisant des mesures intrapsychiques comme le Rorschach. Il demeure que l'étude des capacités d'empathie et de la parentalité de cette population précise est incontournable, non seulement pour saisir le phénomène dans toute sa complexité, mais aussi pour mettre des balises plus claires concernant l'intervention et les recherches futures. Dans la littérature, il est établi qu'il existe un paradoxe concernant les

capacités empathiques des mères présentant un trouble de la personnalité limite et il est souhaité que l'étude serve d'éclaircissement en ce qui concerne ce paradoxe. De plus, il est raisonnable de croire que le fait de développer les connaissances et les particularités relatives à la parentalité limite servira au développement des connaissances orientées vers la transmission intergénérationnelle, et pourra contribuer à diminuer la stigmatisation qui peut parfois être présente avec ces familles.

L'objectif de cette étude, de nature exploratoire, consiste à explorer les liens entre la personnalité limite, la parentalité et l'empathie maternelle chez six mères présentant un trouble de la personnalité limite. Ainsi, est-ce que les mères présentant un trouble de la personnalité limite démontreront des particularités au niveau de la parentalité et de l'empathie face à leur enfant? La section suivante implique la méthode utilisée afin d'observer les liens entre la parentalité et l'empathie de la mère présentant un trouble de la personnalité limite.

Méthode

Cette section présente la méthode privilégiée lors de l'expérimentation. Elle contient les informations relatives aux participantes qui font partie de l'échantillon, aux instruments de mesure et au déroulement de l'expérimentation.

Participantes

Les participantes ont été recrutées par l'entremise du CISSS du Grand Littoral. Six mères ont été contactées pour l'entrevue initiale. Pour être incluses dans l'échantillon, les participantes devaient manifester la présence d'un trouble de la personnalité limite au préalable. Les mères qui ont été contactées se sont préalablement portées volontaires pour participer à l'étude, par l'intermédiaire de leur intervenant du CLSC. L'échantillon est ainsi composé de six mères qui vivent avec, au moins, un enfant âgé de 0-17 ans et qui présentent un trouble de la personnalité limite. Voici un portrait sommaire de chacune d'entre elles.

Participante 1

Les données sociodémographiques indiquent que madame est mère de deux garçons nés de deux relations différentes. Elle est dans la vingtaine et vit avec ses deux enfants. Madame est en situation de famille recomposée. Le plus haut niveau de scolarité complété équivaut à un diplôme d'études professionnel. Elle a un travail stable

depuis plusieurs années. Madame bénéficie depuis plusieurs mois d'un suivi psychologique au CLSC.

Participante 2

Étant mère célibataire dans le début de la quarantaine, madame est mère de trois enfants nées de deux relations différentes. Elle vit avec ses deux enfants les plus jeunes. Les données indiquent que son plus haut niveau de scolarité est un diplôme d'études professionnel. Madame ne travaille pas et vivrait de l'aide sociale. Madame aurait bénéficié antérieurement d'un suivi psychologique.

Participante 3

Il ressort que madame est mère de deux enfants. Elle est dans la vingtaine et rapporte être récemment séparée du père de ses enfants. Elle fait la garde partagée depuis. Le plus haut niveau de scolarité atteint est un diplôme d'études supérieur spécialisé et elle rapporte avoir un emploi stable depuis plusieurs années.

Participante 4

Âgée dans la trentaine, madame est mère de deux enfants. Elle est séparée du père de ses enfants et fait la garde partagée. Elle est en union de fait d'une relation ultérieure. Le plus haut niveau de scolarité atteint est un diplôme d'études professionnel, et elle est en arrêt de travail au moment de l'entrevue. Madame aurait suivi le programme de thérapie

du CLSC concernant le trouble de la personnalité limite, et cela, sur une période de deux ans.

Participante 5

Les données indiquent que madame est dans la vingtaine et qu'elle est mère de deux enfants de deux lits différents. Elle est conjointe de fait avec le père de son deuxième et fait la garde partagée avec le père de son premier enfant. Madame rapporte que son plus haut niveau de scolarité complété est un diplôme d'études professionnel. Elle est en recherche d'emploi au moment de l'entrevue.

Participante 6

La dernière participante a un enfant. Dans la trentaine, elle est mariée avec le père et son plus haut niveau de scolarité atteint est un diplôme d'études professionnel. Au moment de l'évaluation, madame ne travaille pas et dit vivre de prestations de chômage depuis quelques mois. Le Tableau 1 présente un résumé des caractéristiques sociodémographiques des participantes.

Tableau 1

Tableau-résumé des caractéristiques sociodémographiques des six participantes

Profil/ Participant	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Nombre d'enfants	2	3	2	2	2	1
Âge	Vingtaine	Quarantaine	Vingtaine	Trentaine	Vingtaine	Trentaine
Niveau d'éducation	DEP	DEP	DESS	DEP	DEP	DEP
Statut marital	Union de fait (recomposée)	Séparée	Séparée	Union de fait (recomposée)	Union de fait	Mariée
Emploi	Stable	Sans emploi	Stable	Arrêt	En recherche d'emploi	Sans emploi

Instrument de mesure

Cette section fait une description des tests utilisés pour mesurer les variables à l'étude. Spécifiquement, ces mesures sont : le questionnaire préliminaire, le *Structured Clinical Interview* (SCID-II), l'*Interpersonal Reactivity Index* (IRI), et finalement, le Rorschach.

Questionnaire préliminaire

Un questionnaire préliminaire a été administré en vue de recueillir les informations sociodémographiques relatives aux participantes et afin de regarder leur vision de la parentalité. La pertinence de ce choix de mesure est essentiellement justifiée par le fait que peu d'études se sont penchées sur l'éprouvé subjectif du rôle parental chez ce type de mères. Ainsi, l'accent est mis sur l'axe de l'expérience de la parentalité, qui en guise de

rappel, se qualifie comme étant l'axe du ressenti, de l'affect et du subjectif. Les questions ont ainsi été abordées pour permettre de dégager, non seulement les particularités propres à la parentalité, mais aussi de leur perception en tant que mère. (voir Appendice).

Le Structured Clinical Interview (SCID-II)

Le SCID-II est un entretien clinique semi-structuré destiné à observer, ou non, la présence de traits ou de troubles de personnalité, selon les critères établis par le DSM-IV (APA, 2003). Dans le cadre de cette étude, l'utilisation du SCID-II a permis de valider la présence d'un trouble de la personnalité limite, mais seule la section portant sur le trouble de la personnalité limite a été utilisée. L'entretien débute par des questions portant sur les caractéristiques qui déterminent les conduites habituelles et les relations de la personne. Ces questions fournissent aussi des informations permettant de mieux connaître la personne, pour être en mesure de mieux coter l'ensemble du questionnaire et d'arriver à des résultats représentatifs de la réalité. L'intérêt du SCID-II est particulièrement en lien avec l'utilisation d'un questionnaire, et ce, avant la passation de l'entretien clinique. Ainsi, l'utilisation du questionnaire permet d'éliminer toutes les réponses négatives en mettant l'accent sur les points pouvant avoir de l'importance, ce qui permet de mieux coter le critère correspondant aux critères du DSM-IV (Bouvard, 2009). Une étude japonaise Osone et Takahasi (2003) a montré une fidélité satisfaisante en ce qui concerne les troubles de personnalité dans leur groupe. La validité convergente a été étudiée dans cette étude et un consensus clinique a été obtenu en comparaison à d'autres mesures.

Questionnaire sur l'empathie

Pour mesurer l'empathie, l'IRI semble être un des questionnaires les plus utilisés en recherche en psychologie (Milner et al., 1995). Il vise à déterminer le niveau d'empathie de manière autorapportée et comporte quatre sous-échelles permettant d'évaluer les aspects affectifs et cognitifs de l'empathie (souci empathique, détresse personnelle, fantaisie et adaptation contextuelle). Il faut dire que ce questionnaire ne mesure pas directement l'empathie maternelle, mais plutôt la capacité de la mère à être empathique dans ses relations interpersonnelles. L'utilisation de cette mesure est justifiée du fait qu'elle se rapproche au mieux de l'empathie maternelle, en mesurant la façon dont la mère peut entrer en relation avec son enfant.

D'abord, la sous-échelle du souci empathique mesure les sentiments de sympathie, de compassion et de souci envers les personnes vivant de la souffrance. Le souci empathique génère une réaction émotionnelle suscitée par une émotion observée chez une autre personne. Ce type de réponse, aussi appelé sympathie, est perçu comme étant plus avancé au niveau développemental que la détresse personnelle, car elle requiert un plus haut niveau d'activité cognitive, bien qu'elle soit davantage associée à la dimension émotionnelle (Eisenberg, Shea, Carlo, & Knight, 1991). Ainsi, le souci empathique touche à la fois aux dimensions émotionnelles et cognitives de l'empathie. Un haut score à cette sous-échelle tend à indiquer la présence de meilleures capacités empathiques.

La sous-échelle de détresse personnelle réfère aux sentiments « orientés vers soi » d'anxiété personnelle et de difficulté face à une personne qui éprouve de la détresse ou de l'inconfort. On peut qualifier cette dimension de l'empathie émotionnelle comme étant nuisible au bon fonctionnement psychologique. Le type de réponse associé à la détresse personnelle est lié à une reproduction de l'émotion observée. C'est en fait une sorte de contagion d'émotions que l'on retrouve chez les personnes présentant une plus faible différenciation du soi (Corcoran, 1982). Ainsi, un haut score de détresse personnelle est indicateur de capacités empathiques réduites.

La sous-échelle de fantaisie correspond aux tendances des individus à se projeter à l'intérieur des sentiments et actions de personnages fictifs de livres, de films et de pièces de théâtre. La logique sous-jacente à cette sous-échelle est que si une personne peut être touchée émotionnellement ou avoir tendance à se mettre à la place de personnages de romans et de films, elle aurait tendance à faire de même avec des personnes réelles et à être plus susceptible de répondre de façon émotionnelle (Davis, 1980). Un haut score à cette sous-échelle peut indiquer des lacunes concernant les capacités empathiques d'une personne et une difficulté à établir, en relation, une juste distance régulatrice.

Enfin, la sous-échelle de l'adaptation contextuelle mesure la tendance à adopter le point de vue psychologique des autres dans la vie de tous les jours. Cette dimension de l'empathie est davantage cognitive qu'émotionnelle et les items mesurent la tendance à

utiliser cette habileté plutôt que l'habileté elle-même (Davis, 1994). Un haut score d'adaptation contextuelle peut être indicateur de bonnes capacités empathiques.

Pour l'étude, le questionnaire utilisé est une traduction et une adaptation de Lussier, 1996 de l'IRI, élaboré par Davis (1980). Les coefficients de consistance interne obtenus par Davis (1980) se situent entre 0,71 et 0,77. La fidélité de l'instrument est aussi acceptable, car le test-retest varie de 0,62 à 0,80 sur une période de huit à dix semaines (Davis, 1980).

En résumé, l'interprétation de cette mesure se base sur le principe suivant : la Fantaisie, le Souci empathique et la Détresse personnelle sont associés à l'empathie émotionnelle, bien que le souci empathique soit le plus évolué des trois, et l'adaptation contextuelle est liée à l'empathie cognitive.

La version française de l'IRI a fait l'étude de recherches pour valider l'instrument de mesure. Gilet, Mella, Studer et Grün (2013) rapportent que la version française de l'IRI présente une bonne fiabilité des résultats et une validité convergente, ce qui confirme la fiabilité et la validité de l'IRI en version française et qui laisse entendre que cet instrument est utile pour mesurer l'empathie de manière autorapportée.

Le Rorschach

Le Rorschach est l'outil projectif le plus utilisé au monde et fait partie de la batterie de tests de base pour évaluer la personnalité (Piotrowski, Keller, & Ogawa, 1993; Sultan & Chudzik, 2010). Ce test projectif s'intéresse particulièrement au fonctionnement intrapsychique, à la structure de personnalité et à l'organisation psychologique de l'individu (Exner, 2003). Le Système Intégré d'Exner est la méthode de cotation et d'interprétation la plus utilisée (Piotrowski et al., 1993). Chabert (1997) démontre qu'on ne peut pas considérer que le matériel du Rorschach est neutre et met l'importance sur le fait que des thèmes apparaissent de façon privilégiée à certaines planches. Néanmoins, les taches d'encre sont imprécises, ce qui fait en sorte que l'individu concerné y projette son monde interne. De cette manière, le Rorschach est décrit comme étant universel, et cela, sans perdre de sa validité avec le temps.

Plusieurs chercheurs se sont penchés sur les indicateurs d'empathie dans le test du Rorschach, mais la littérature révèle qu'il ne fournit pas de score précis d'empathie. Néanmoins, le Rorschach dégage les capacités relationnelles et les caractéristiques nécessaires à l'empathie. Les indices de capacité et de difficulté d'empathie seront présentés selon le type de cotation, soit les contenus, les déterminants et les cotations spéciales. Kalliopuska (1982) soutient que les réponses H (contenu humain) reflètent l'empathie d'un individu, et dégagent son intérêt pour tout ce qui touche à l'humain, à sa maturité dans ses relations actuelles et futures. L'habileté d'une personne à ressentir de

l'empathie et à voir le monde du point de vue d'un autre est donc estimée sur la base des réponses H et de leur contenu.

Le contenu (H) est coté quand une forme humaine entière de nature fictive ou mythologique est perçue par le sujet (Exner, 2001). Kalliopuska (1982) qualifie ce type de réponses comme étant humainement maladroites. Il en dégage une inhabileté à rencontrer l'autre, et à établir une relation sécuritaire. Cependant, le nombre de réponses (H) ne peut être utilisé exclusivement pour mesurer l'empathie, car des individus anxieux et méfiants peuvent produire eux aussi un grand nombre de réponses (H).

En ce qui concerne les déterminants, les réponses M (mouvement humain), qui sont un dérivé des réponses H, sont considérées comme des indicateurs traduisant aussi l'empathie. La projection d'un mouvement humain parle de l'habileté d'un individu à comprendre la perspective des autres et à se comprendre lui-même (Kalliopuska, 1982).

Pour Exner (1995), un certain nombre de réponses estompées de texture (FT, TF ou T) est attendu dans un protocole pour témoigner de la capacité d'empathie d'une personne et de son aptitude à établir des liens authentiques d'attachement. Par contre, un grand nombre de réponses estompées de texture (> 3) parle d'une intense quête affective, voire même de dépendance. D'un autre côté, l'absence de réponse T dans un protocole suggère une incapacité à nouer des relations intimes avec autrui basée entre autres sur un déficit du potentiel empathique.

Les déterminants FC (forme-couleur), avec une forme appropriée (FQo), indiquent un bon niveau d'intégration, d'expression et de contrôle des émotions. Ces réponses décrivent la capacité à établir des relations adéquates avec autrui, ce qui permet l'abord affectif de l'autre dans une certaine écoute empathique. Selon Rausch de Traubenberg (1997), la présence de réponses FC témoigne de la présence de sentiments qui tiennent compte d'autrui. Au contraire, un faible nombre de réponses FC indique l'existence d'un contrôle inefficace de l'expression émotionnelle qui affecte négativement la relation à autrui. De plus, un grand nombre de déterminants C (couleur pure) semble indiquer un manque d'empathie pour autrui, de sorte que les personnes qui perçoivent beaucoup de couleurs pures déchargent leurs émotions de manière impulsive, le plus souvent parce que leurs capacités cognitives sont débordées par l'intensité de la vie affective (Exner, 1995).

Rausch de Traubenberg (1997) clarifie que le déterminant FM (mouvement animal) s'éloigne de la notion d'empathie. Il suggère qu'un nombre élevé de FM (> 5) est indicateur de capacités empathiques réduites. Pour la plupart des auteurs, plusieurs déterminants reflets (miroir) dénotent une importante centration sur soi et la surévaluation de sa valeur personnelle. Ainsi, les individus percevant des reflets sont généralement fortement centrés sur leurs besoins et peu à l'écoute des besoins et intérêts d'autrui (Exner, 1995).

Le Tableau 2 fait un résumé des indices pouvant relever les capacités et les carences d'empathie au Rorschach.

Tableau 2

Indice de capacités et de carences d'empathie au Rorschach

	Indices	Signification
Capacités	H (contenu humain)	Élevé : bonnes capacités empathiques
	M (mouvement humain)	Élevé : bonnes capacités empathiques
	FC (forme-couleur)	Élevé : bonnes capacités empathiques
	FT (forme-texture)	> 1 et < 3 : bonnes capacités empathiques
Carences	(H) (contenu humain de type fictif ou mythologique)	Élevé : capacités empathiques réduites
	C (réponse couleur pure)	Élevé : capacités empathiques réduites
	FM (mouvement animal)	> 5 : capacités empathiques réduites
	Reflets (réponse reflet)	Élevé : capacités empathiques réduites

Du côté de la parentalité, le bloc « relations interpersonnelles », dans l'interprétation d'Exner (2003), semble être un indicateur à considérer puisqu'il constitue, au Rorschach, l'indice qui détermine la façon dont une personne perçoit les autres et la façon dont elle va se conduire dans des situations interpersonnelles. Cet aspect réfère directement à la capacité d'une personne à entrer en contact avec l'autre, ce qui peut donner un portrait intéressant de la façon dont le parent va entrer en contact avec son enfant. C'est ainsi que cet ensemble regroupe plusieurs variables structurales pouvant indiquer cette direction,

dont le CDI (index de déficit en *coping*), et le HVI (index d'hypervigilance). D'ailleurs, Exner (2003) dégage qu'une valeur se situant entre 4 et 5 au CDI, peut indiquer la présence de caractéristiques typiquement associées à une immaturité ou à un manque de compétences relationnelles. D'un autre côté, un HVI positif dénote la présence d'un style de relation hypervigilant, ce qui peut induire la présence d'une attitude négative et méfiante envers l'environnement. Aussi, les réponses a : p (rapport actif/passif) traitent de la manière dont une personne va entrer en relation avec autrui. Dans son interprétation, Exner (2003) mentionne qu'une fréquence de p significativement supérieure à celle de a reflète un mode relationnel empreint de passivité. Ainsi, une personne qui adopte un mode de relation plutôt passif démontrera moins de flexibilité et aura tendance à éviter les responsabilités et la prise de décision.

Les réponses *food* (alimentation) peuvent signaler la présence d'une tendance à la dépendance, ce qui peut considérablement affecter les relations interpersonnelles. Exner (2003) rapporte que la présence d'une seule réponse de ce type peut annoncer la présence de comportements de dépendance.

À leur tour, les réponses *Sum T* (texture) sont intimement liées aux expériences et aux comportements interpersonnels. Dans un protocole, l'absence de réponse texture (T) peut indiquer une tendance inhabituelle à reconnaître et à exprimer le besoin de contact avec autrui et peut démontrer particulièrement de la prudence dans l'établissement des liens

émotionnels. Au contraire, un grand nombre de réponses texture peut parler d'une quête affective considérable, donc d'un besoin intense et inassouvi de contact avec l'autre.

Le nombre total de H (contenus humains), dans un protocole, fournit des informations sur l'intérêt qu'une personne porte à l'autre. Ainsi, plus une personne donnera ce type de réponses, plus elle aura un intérêt à l'autre et donc, à entrer en relation avec autrui. Néanmoins, le nombre de contenus humains attendu varie considérablement en fonction du nombre de réponses et des styles de réponses. Par exemple, plus il y aura de H purs, plus la personne aura une perception des autres positive.

De plus, le GHR est habituellement associé aux réponses de représentations humaines positives, alors que le PHR est plutôt lié aux faibles représentations humaines. Exner (2003) ajoute qu'une personne ayant un nombre de réponses GHR supérieur au PHR présente généralement des comportements interpersonnels adaptés à la situation. À l'inverse, un PHR plus grand peut signifier la présence de comportements inefficaces et inadaptés dans une situation donnée.

Les réponses COP (coopération) et AG (agressivité) parlent de la représentation de soi. C'est-à-dire que ces types de réponses parlent des conceptions internes vis-à-vis les interactions entre personnes. D'ailleurs, un plus grand nombre de réponses COP est généralement associé à une représentation positive des échanges interpersonnels, alors

qu'un nombre supérieur de réponses AG implique une anticipation plus agressive ou compétitive des échanges.

Lorsqu'une réponse PER (personnelle) est cotée, cela signifie que le sujet a utilisé une défense dans le but de se rassurer ou d'éviter toute remise en question de la part de l'examineur. Toujours selon la cotation d'Exner (2003), il est établi que lorsque la valeur du PER se situe entre 2 et 3, il est raisonnable de croire que le sujet est plus défensif que la plupart des gens lorsqu'il est en relation. Lorsque la valeur excède 3, la personne peut présenter un sentiment d'insécurité concernant son intégrité, ce qui peut l'amener à être autoritaire et défensive dans ses relations.

Pour finir, l'index d'isolement regroupe plusieurs contenus peu fréquents, où il peut exister d'intéressantes corrélations interpersonnelles. Lorsque l'index d'isolement se situe entre 0,26 et 0,32, le sujet manifesterait moins d'intérêt face aux relations et serait moins actif dans ses relations interpersonnelles. D'un autre côté, lorsque l'index d'isolement est supérieur ou égal à 0,33, le sujet présenterait une forte tendance à l'isolement social et certaines difficultés à entretenir des relations positives.

Le Tableau 3 résume les indices liés au bloc relations interpersonnelles, et plus précisément les capacités et les carences concernant les relations interpersonnelles.

Tableau 3

*Indices de capacités et de carences des capacités relationnelles
(bloc relations interpersonnelles)*

	Indices	Signification
Capacités	GHR (bonne représentation humaine)	GHR > PHR : bonnes capacités
	H (contenus humains)	Élevé : peut indiquer de bonnes capacités relationnelles
	COP (coopération)	COP > AG : bonne représentation des relations
	<i>Sum T</i> (texture)	> 1 < 3 bonnes capacités relationnelles
Carences	CDI (<i>coping</i>)	> 4 : capacités relationnelles réduites
	PER (personnel)	> 2 : diminue les capacités relationnelles
	HVI (index d'hypervigilance)	Positif : capacités relationnelles réduites
	PHR (faibles représentations humaines)	PHR > GHR : capacités relationnelles réduites
	AG (agressivité)	AG > COP : représentation négative des relations
	Index d'isolement	> 0,26 < 0,32 : tendance à l'isolement > 0,33 : isolement social
	a : p (actif/passif)	a < p : capacités relationnelles réduites
	Food (alimentation)	> 1 : capacités relationnelles réduites

Déroulement

D'abord, il est à noter qu'un certificat d'éthique conforme a été émis au comité d'éthique et de la recherche avec des êtres humains du CLSC (CER-1415-037), de même qu'au comité d'éthique et de la recherche l'Université du Québec à Trois-Rivières

(CER-12-184-06.25). La possibilité de participer à la recherche sur la parentalité et le niveau d'empathie maternelle était offerte aux participantes potentielles par les intervenants d'un CLSC faisant partie du CISSS du Grand Littoral, et ce, lors d'une courte entrevue téléphonique. De cette manière, les intervenants ont pu recueillir leur autorisation de communiquer leurs coordonnées, ce qui a permis de les rejoindre ultérieurement afin de leur expliquer leur éventuelle implication dans la recherche. La participation s'est faite de manière volontaire, et six femmes ont accepté de participer. Les femmes désirant participer à l'étude étaient rencontrées de manière individuelle au CLSC, et cela, à l'occasion d'une rencontre. La rencontre était d'une durée approximative de trois heures. Une rémunération était offerte pour la participation à l'étude. Lors de l'entrevue individuelle, la recherche était expliquée de manière plus précise et un formulaire de consentement libre et éclairé était ainsi distribué. Une période était réservée pour répondre aux questions de la participante advenant le cas échéant. Ensuite, un entretien préliminaire d'une quinzaine de minutes était tenu afin de recueillir des données sociodémographiques et afin d'observer leur vision de la parentalité. Par la suite, la participante procédait à la passation du SCID-II qui permettait de confirmer ou non la présence du trouble de la personnalité limite, et la version française de l'IRI était administrée pour mesurer le niveau d'empathie de la mère. Enfin, la rencontre se terminait avec la passation du Rorschach, dans le but d'explorer le fonctionnement psychique de la participante. Une période de temps était aussi réservée pour discuter avec la participante de son opinion et de ses commentaires sur sa participation à la recherche.

Il est à noter que la cotation des tests a été effectuée par deux personnes (incluant la doctorante) formées pour l'analyse de ceux-ci, afin de s'assurer de l'exactitude des résultats.

Résultats

Dans cette section, les résultats au SCID-II seront d'abord examinés, en relevant les différents traits de la personnalité limite observés pour les six participantes. Ensuite, l'étude des particularités de la parentalité se basera essentiellement sur la perception subjective du rôle de parent des participantes, en fonction des questions posées dans le questionnaire préliminaire, et sur les indices du bloc « relations interpersonnelles » du Rorschach. Par la suite, un regard sur les capacités empathiques sera mis en lumière, qui d'ailleurs, se fondera sur deux assises; 1) l'analyse des protocoles de Rorschach; et 2) la mesure autorapportée (IRI).

Analyse des résultats

Des analyses descriptives et qualitatives seront effectuées pour mettre en lumière les résultats obtenus. Ainsi, les données sur l'empathie, évaluées à partir de l'IRI et du Rorschach, seront présentées de manière descriptive pour chaque participante. Il en est de même pour une partie des résultats sur la parentalité, c'est-à-dire ceux obtenus par le Rorschach. Quant aux verbalisations des mères sur la parentalité provenant du questionnaire préliminaire, une analyse de contenu permettra de traiter de manière méthodique les données recueillies qui présentent un certain degré de complexité. Spécifiquement, elle permettra de regrouper en catégorie tous les indices qui se rejoignent par un sens. Ce choix est justifié par la visée qui est davantage orientée vers la compréhension du phénomène plutôt que vers son explication théorique.

Les résultats au SCID-II

Participante 1

Les résultats au SCID-II, pour cette participante, dégagent la présence d'un trouble de la personnalité limite, en répondant à six critères sur un total de neuf. Spécifiquement, madame présenterait dans son fonctionnement (1) un modèle de relations instables, caractérisé par une alternance de suridéalisations et de dévalorisations. Dans son comportement; (2) elle aurait tendance à agir de façon impulsive; (3) à démontrer une instabilité affective; et (4) à vivre des périodes de colère intense et inappropriée. De plus, les résultats indiquent qu'il y aurait présence (5) de comportements autodestructeurs; et (6) d'une perturbation de l'identité persistante et prononcée dans son fonctionnement.

Participante 2

Pour la deuxième participante, les résultats rapportent que madame aurait un trouble pouvant relever de la personnalité limite. C'est ainsi qu'elle répondrait à 6 critères qui décrivent la personnalité limite, dont (1) un modèle de relations instables, caractérisé par une alternance de suridéalisations et de dévalorisations; (2) de l'impulsivité dans son comportement; (3) de l'instabilité affective; (4) des périodes de colère intense et inappropriée; (5) une identité diffuse; et (6) un sentiment chronique de vide ou d'ennui.

Participantes 3-4-5

Selon les résultats au SCID-II, ces trois participantes présenteraient un trouble de la personnalité limite, en répondant à huit critères sur neuf. De façon plus précise, elles

vivraient (1) un modèle de relations instables; (2) de l'impulsivité dans leur comportement; (3) une instabilité affective; (4) des périodes de colères intenses et inappropriées; (5) des comportements autodestructeurs; (6) une perturbation de l'identité; (7) un sentiment chronique de vide ou d'ennui; et (8) des efforts frénétiques pour éviter l'abandon réel ou imaginé.

Participante 6

La présence de 7 critères sur 9 propose que madame présenterait un trouble de la personnalité limite, selon les résultats au SCID-II. Ces critères sont (1) un modèle de relations instables; (2) la présence d'impulsivité dans son comportement; (3) une instabilité affective; (4) des périodes de colères intenses et inappropriées; (5) des comportements autodestructeurs; 6) une perturbation de l'identité; et 7) un sentiment chronique de vide ou d'ennui. Le Tableau 4 présente un résumé des différents traits de la personnalité limite présents chez chaque participante, selon les résultats au SCID-II.

Tableau 4

Tableau résumé des différents traits de la personnalité limite pour chaque participante

Critères	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Relations instables	X	X	X	X	X	X
Impulsivité	X	X	X	X	X	X
Instabilité affective	X	X	X	X	X	X
Périodes de colères intenses et inappropriées	X	X	X	X	X	X
Comportements autodestructeurs	X		X	X	X	X
Perturbation de l'identité	X	X	X	X	X	X
Sentiment chronique de vide ou d'ennui		X	X	X	X	X
Efforts effrénés pour éviter l'abandon			X	X	X	
Dissociation						

L'étude de la parentalité

Les résultats du questionnaire préliminaire

Le questionnaire préliminaire a permis de dégager certaines particularités rapportées par les participantes, en ce qui concerne leur vision de la parentalité. Les questions posées aux participantes concernaient leurs forces et faiblesses, leur senti face à leur rôle de mère, les difficultés rencontrées en tant que mère et les éléments positifs. Voici, pour chacune des participantes, les résultats relatifs à ce questionnaire.

Participante 1

Madame rapporte que ses forces seraient sa patience, sa bonne écoute et sa disponibilité envers ses enfants. Elle se décrit comme étant une personne chaleureuse et aimante. Toutefois, le manque d'autorité serait une faiblesse qu'elle remarquerait dans l'exercice de son rôle parental. Concernant son senti face à son rôle de mère, la participante se dit insatisfaite, en ajoutant ne jamais se sentir comblée. Elle aurait tendance à se remettre souvent en question. De plus, elle se sentirait parfois prisonnière, en rapportant avoir tendance à s'oublier au dépens des autres, et nomme une difficulté, parfois, à être proche affectivement de ses enfants. Les difficultés rencontrées concernent les lacunes face à sa capacité à déléguer et à mettre ses limites. L'organisation de la routine et l'impulsivité seraient perçues comme des obstacles dans son rôle de mère et madame rapporte avoir souvent de la difficulté à penser à elle, et ce, à travers les tâches à faire. Les éléments positifs sont l'amour qui se dégage de sa relation avec ses enfants, et que le fait de les voir découvrir et apprendre lui procurerait du bonheur.

Participante 2

Dans ses forces, madame se décrit comme étant une mère ouverte. Par ailleurs, elle rapporte avoir de bonnes valeurs, ce qui ferait que sa principale force concernerait leur transmission. Du côté des faiblesses, la colère et l'impulsivité seraient, selon elle, des comportements à travailler. Elle aurait aussi tendance à se positionner en tant qu'amie dans sa relation avec ses enfants. Son senti face à son rôle de mère est caractérisé par un sentiment d'impuissance fréquent. Elle vivrait de l'impatience et de la frustration à

l'occasion. Aussi, elle vivrait beaucoup d'inquiétudes et d'insécurité face à ses enfants et face à leurs difficultés respectives. Le fait de devoir gérer des mésententes serait la seule difficulté rapportée par madame et les éléments positifs de son rôle parental seraient la fierté qu'elle vivrait face à ses enfants et la sensation d'être appréciée, importante pour eux.

Participante 3

Pour cette participante, les forces répertoriées sont l'écoute, le sens de l'organisation et une tendance à être compréhensive. Cependant, les faiblesses seraient la présence d'un manque dans sa capacité à exercer l'autorité et une tendance à être exigeante envers elle et envers les autres. Elle rapporte aussi un manque en lien avec le fait qu'elle ne passerait pas assez de temps à jouer avec eux et qu'elle présenterait de la difficulté avec la proximité affective. Dans son rôle de mère, elle sentirait beaucoup de pression en lien avec les responsabilités que cela requiert. Elle dit aussi ne pas avoir l'occasion de prendre soin d'elle et de mettre ses limites. Elle ajoute qu'elle voudrait être une meilleure mère, puisqu'elle ne se sentirait pas toujours adéquate. Les principales difficultés rencontrées sont le manque de soutien, l'impression d'être jugée dans sa façon d'être et madame présenterait des doutes sur ses capacités en tant que mère. Elle ajoute que l'impulsivité serait le point à travailler pour améliorer son rôle de mère. D'un autre côté, les éléments positifs rapportés sont l'amour inconditionnel, le fait de se sentir importante, utile pour quelqu'un. Spécifiquement, le rôle de mère serait valorisant pour elle, en sachant que quelqu'un d'autre aurait besoin d'elle.

Participante 4

Le sens des responsabilités, la transmission de bonnes valeurs/habitudes, l'écoute et le dialogue sont les forces nommées par la participante. Ses faiblesses impliquent qu'elle se décrit comme une mère qui n'est pas assez attentionnée et inquiète. Elle manquerait d'affectuosité et présenterait une difficulté à être trop proche affectivement d'eux, par manque de temps ou de force pour se rapprocher d'eux. De plus, elle serait impulsive, manquerait de flexibilité et de limites dans sa relation avec ses enfants. Dans son rôle de mère, elle vivrait de la tristesse en lien avec un sentiment d'inadéquacité. Les difficultés rencontrées concerneraient d'abord ses traits de personnalité. C'est ainsi qu'elle considérerait l'impulsivité et la colère comme des obstacles à la parentalité. Son manque de confiance en elle dans sa relation parent-enfant ferait aussi en sorte qu'elle se sentirait limitée dans son épanouissement. Encore là, l'amour, le sentiment de fierté et le fait de se sentir utile sont nommés par madame comme les éléments positifs de la maternalité.

Participante 5

Dans ses forces, madame dit avoir beaucoup d'amour à donner et se décrit comme une personne très empathique face à son enfant. Du côté des faiblesses, elle nomme un sens de l'organisation plus difficile et une difficulté à avoir du temps pour elle. Elle décrit son senti face à son rôle de mère comme étant empreint d'amour, mais elle ajoute vivre beaucoup d'anxiété et un sentiment d'être parfois dépassée. Elle affirme avoir des regrets face à certains comportements et une culpabilité en lien avec le fait d'avoir parfois l'impression de ne pas être toujours adéquate. Les difficultés rencontrées par madame

dans son rôle de mère concernent sa tendance à l'impulsivité et sa difficulté à mettre ses limites avec l'autre. Ainsi, elle se décrit comme une personne facilement manipulable, ce qui serait un obstacle considérable dans sa relation mère-enfant. Les éléments positifs seraient l'amour, la fierté et l'affection que lui procureraient ses enfants. Le fait de leur faire plaisir et de se sentir utile lui apporterait aussi du positif dans sa vie.

Participante 6

Madame rapporte deux forces : 1) elle aurait de la facilité à établir une relation de proximité avec son enfant; et 2) elle serait particulièrement empathique et soucieuse de leurs besoins, en nommant vouloir répondre à tous leurs besoins. Ses faiblesses concerneraient une difficulté à exercer son autorité et une tendance à s'emporter facilement. De plus, elle ajoute que l'organisation serait un défi pour elle. Son senti face à son rôle de mère décrit un sentiment de ne pas être à la hauteur, et une tendance à se comparer beaucoup aux autres. Les difficultés rencontrées dans son rôle de parent seraient liées à une instabilité affective et à l'impulsivité dans son comportement. Pour finir, les éléments positifs rapportés sont l'amour inconditionnel et le fait que la parentalité aurait amené madame à grandir personnellement.

Les résultats du bloc « relations interpersonnelles » au Rorschach

Toujours dans le but de dresser un portrait des spécificités de la parentalité des participantes, les résultats du bloc « relations interpersonnelles », au Rorschach, sont décrits comme suit pour chaque participante.

Participante 1

Dans son protocole, madame présente un ratio de GHR : PHR de 4 : 5. Plusieurs réponses impliquent des contenus humains, dont 3 sont des H purs, 1 est Hd, et 2 sont des (H). Un nombre de 4 COP et 1 AG ont été répertoriés, alors que la valeur du *Sum T* est de 1. Le CDI équivaut également à 1 et aucune réponse PER et Food n'est rapportée. L'indice HVI est négatif et l'index d'isolement se situe autour de 0,20. Le rapport a : p est de 6 : 4.

Participante 2

Pour cette participante le nombre de GHR correspond à 4, alors que le PHR est de 2. Le protocole propose 4 H purs et 2 (H), ce qui constitue un nombre considérable de contenus humains. Le nombre de COP est de 2 alors que le nombre de réponses AG et le *Sum T* sont nuls. Le CDI est de 3 et le HVI, négatif. Une seule réponse PER est répertoriée et l'index d'isolement est 0,40. Le rapport a : p est de 3 : 6 et cette participante a donné une réponse Food.

Participante 3

Le protocole de cette participante fait ressortir 3 GHR et aucun PHR. Le nombre de réponses H est de 1 alors que le nombre de (H) est de 2. Aucune réponse COP, AG, PER et Food n'est présente et le résultat au *Sum T* est également nul. Le rapport a : p équivaut à une valeur de 3 : 6, donc madame interagirait de façon plus passive. Le CDI est coté 4 et le HVI est positif. De plus, les résultats indiquent que l'index d'isolement est de 0,25.

Participante 4

Les résultats dénotent une proportion de GHR plus grande que le PHR avec un ratio de 3 : 2. Plusieurs contenus humains sont présents. Toutefois, une seule réponse implique un H pur, alors que 2 Hd et 1 (H) sont observés. Le nombre de COP est supérieur au nombre de AG avec un rapport de 2 : 1, et la valeur du *Sum T* est de 1. Le CDI est de 3 et le HVI, positif. Une réponse PER est donnée, mais aucune réponse Food n'est répertoriée. Ensuite, l'index d'isolement est de 0,19 et le nombre de réponses a est considérablement supérieur au nombre de réponses p, dans un rapport de 4 : 1.

Participante 5

Dans le protocole de cette participante, le nombre de PHR est de 6, alors que le nombre de GHR est de 2, ce qui implique un nombre significativement plus grand de réponses PHR. Plusieurs réponses de contenus humains sont données, dont 2 sont considérées comme étant des H purs. Les autres réponses de contenu humain correspondent à 1 (H), 3 Hd et 1 (Hd). Les résultats dégagent l'absence de réponses COP, la présence d'une réponse AG, et le *Sum T* équivaut à 1. Aucune réponse Food ne fait partie du protocole et le rapport a : p est de 4 : 2. Le CDI et l'index d'isolement sont respectivement de 1 et 0,20 et 2 PER sont cotées. Le HVI est positif.

Participante 6

Concernant l'index « relations interpersonnelles » pour la dernière participante, le ratio GHR : PHR rapporte un rapport de 2 : 3. Aucun H pur n'a été nommé, mais les

résultats indiquent que la participante a rapporté 1 réponse (H), 1 réponse Hd, et 2 réponses (Hd). Elle a aussi rapporté plus de réponses COP que d'AG avec un rapport de 1 : 0. La valeur du *Sum T* est de 0, le CDI est de 5, et le HVI est négatif. Deux réponses PER font partie de ce protocole et aucune réponse Food n'a été énumérée. Un nombre supérieur de réponses passives a été donné dans un rapport a : p de 1 pour 4. Enfin, l'index d'isolement pour cette participante est de 0,27.

Le Tableau 5 propose une comparaison des résultats, au Rorschach, des indices du bloc « relations interpersonnelles » pour les six participantes.

Tableau 5

Comparaison des résultats au Rorschach « Bloc relations interpersonnelles »

	Mère 1	Mère 2	Mère 3	Mère 4	Mère 5	Mère 6
Capacités						
H	3,0	4,0	1,0	1,0	2,0	0,0
COP : AG	4 : 1	2 : 0	0 : 0	2 : 1	1 : 1	1 : 0
<i>Sum T</i>	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0
GHR/PHR	4 : 5	4 : 2	3 : 0	3 : 2	2 : 6	2 : 3
Carences						
CDI	1,0	3,0	5,0	3,0	1,0	5,0
HVI	Négatif	Négatif	Positif	Positif	Positif	Négatif
Food	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PER	0,0	1,0	0,0	1,0	2,0	2,0
a : p	6 : 4	3 : 6	3 : 6	4 : 1	4 : 2	1 : 4
Index isolement	0,20	0,40	0,25	0,19	0,10	0,27

La section qui suit fait état des capacités empathiques de chacune des participantes, en se basant sur l'interprétation des protocoles de Rorschach et les indices pertinents pour ce faire.

L'étude de l'empathie

Les indices d'empathie au Rorschach

Participante 1

La participante 1 perçoit 3 humains entiers (réponses H) et 2 humanoïdes. En terme de scores quantitatifs, le nombre de (H), Hd et (Hd) équivaut au nombre de H, dans un rapport de 3 : 3. L'évaluation des capacités empathiques par le mouvement humain (M) s'appuie sur 1) la qualité formelle; 2) le percept entier; et 3) le degré d'humanité, soit le H ou (H) abordé antérieurement. Pour presque tous les M, sauf un, madame perçoit des êtres entiers. Le critère positif d'entièreté du percept est ainsi rencontré. Madame présente 3 réponses FC dans son protocole, ce qui équivaut au nombre de FC : CF et C (rapport de 3 : 3). Son protocole présente une seule réponse FT et elle n'a donné aucune réponse reflet formelle. L'indice d'égoïsme est de 0,53. De plus, elle perçoit deux mouvements animal (FM).

Participante 2

Les résultats pour cette participante dégagent que madame perçoit 4 humains entiers et 2 humanoïdes. Précisément, le rapport $H : Hd + (H) + (Hd)$ est de 4 : 2. De plus, 4 M font partie de ses réponses. Les FC correspondent à une totalité de 2, ce qui mène à un rapport FC : CF et C équivalent à 2 : 0. Le nombre de FT et de C sont de 0. Madame présente 3 réponses FM dans son protocole et 1 réponse reflet. L'indice d'égoïsme est de 0,60 pour cette participante.

Participante 3

La participante 3 perçoit 1 humain entier et 2 humanoïdes. Le nombre de H est inférieur au nombre de (H), Hd et (Hd), dans un rapport de 1 : 2. Deux M font partie des réponses données, où seulement 1 seule parle d'un humain entier. Madame présente 2 réponses FC et 3 réponses CF dans son protocole, ce qui équivaut au nombre de FC : CF et C (rapport de 2 : 3). Son protocole ne présente aucune réponse FT, et elle n'a donné aucune réponse reflet. L'indice d'égoцентризм est de 0,30. De plus, elle perçoit deux mouvements animal (FM).

Participante 4

Un humain entier est rapporté dans le protocole de la participante 4, ce qui fait un rapport (H) : Hd et (Hd) de 1 : 3. Ensuite, les résultats parlent de 3 réponses M, de 3 réponses FC et d'une réponse FT. Aucune couleur pure (C) n'est énumérée, mais le ratio FC : CF et C équivalents à 2 : 3. Aucune réponse reflet n'a été formulée par la participante. L'indice d'égoцентризм est de 0,25 et le protocole inclut 1 réponse FM.

Participante 5

La participante 5 perçoit 2 humains entiers et 1 humanoïde. Le nombre de H est inférieur au nombre de (H), Hd et (Hd), dans un rapport de 2 : 5. Les résultats dégagent 2 réponses M, qui incluent un humain entier seulement dans 1 des 2 réponses. Madame présente 3 réponses FC dans son protocole, ce qui est légèrement inférieur au nombre de

CF et de C réunis (rapport FC : CF + C de 3 : 4). Son protocole présente une seule réponse FT et elle n'a donné aucune réponse reflet ni de FM. L'indice d'égoïsme est de 0,33.

Participant 6

La participante 6 ne perçoit aucun humain entier, ce qui mène à un rapport H : (H) + Hd + (Hd) de 0 : 4. Une seule réponse M est incluse dans ce protocole et 1 réponse FC est répertoriée. Aucune réponse reflet, FT et C n'est notée, et le rapport FC : CF et C est de 1 : 0. Pour finir, l'indice d'égoïsme est de 0,27 et le FM est de 2.

Le Tableau 6 suivant résume les résultats au Rorschach des participantes 1 à 6 quant aux indices de capacités d'empathie.

Tableau 6

Indices d'empathie au Rorschach

	Mère 1	Mère 2	Mère 3	Mère 4	Mère 5	Mère 6
Capacités						
H	3,0	4,0	1,0	1,0	2,0	0,0
M	3,4	4,1	1,2	3,0	2,1	1,0
FC	1,2	1,1	0,2	3,1	3,0	1,0
FT	0,1	0,0	0,0	1,0	0,1	0,0
Carences						
(H)	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0
C	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
FM	1,1	1,2	2,3	1,0	0,0	2,0
Reflets	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Égocentrisme	0,53	0,60	0,30	0,25	0,33	0,27
FC : CF + C	3 : 3	2 : 0	2 : 3	4 : 0	3 : 4	1 : 0
H : (H) + Hd + (HD)	3 : 3	4 : 2	1 : 2	1 : 3	2 : 5	0 : 4

La mesure d'empathie (IRI)

Pour chaque participante, les scores obtenus à l'IRI sont décrits dans le Tableau 7, en fonction des quatre sous-échelles. Concernant les moyennes globales, les résultats à la sous-échelle « fantaisie » proposent une moyenne de 15,33. Les moyennes du « souci empathique » et de l'« adaptation contextuelle » sont respectivement de 21,67 et de 16,33 et celle de la « détresse personnelle » est de 16,50.

Tableau 7

Comparaison des résultats aux sous-échelles d'empathie (IRI)

	Mère 1	Mère 2	Mère 3	Mère 4	Mère 5	Mère 6	Moyenne	Écart-type
Fantaisie	19	6	19	14	24	10	15,33	6,623
Souci empathique	17	19	23	21	26	24	21,67	3,327
Adaptation contextuelle	22	17	12	20	19	8	16,33	5,317
Détresse personnelle	11	9	19	19	21	20	16,50	5,128

Discussion

Dans cette section, les liens entre le niveau d'empathie maternelle et la parentalité des six mères présentant un trouble de la personnalité limite seront explorés, en regard des résultats obtenus précédemment. D'abord, pour chacune des participantes, certaines particularités dans les résultats concernant la variable parentalité seront dégagées. Les spécificités relatives à la variable empathie seront ensuite regardées. Une comparaison des similitudes et différences sera faite pour chaque variable, suivie d'une discussion autour des implications cliniques de l'étude. Un regard des forces et des limites de l'étude sera finalement mis en lumière.

Analyse des résultats quant à la parentalité

En guise de rappel des résultats obtenus pour la variable parentalité, le Tableau 8 constitue un tableau-résumé des réponses des participantes aux questions sur la parentalité dans le questionnaire préliminaire, pour ensuite dresser un portrait précis des capacités relationnelles de chacune des participantes.

Tableau 8

Tableau-résumé des réponses au questionnaire sur la parentalité pour chaque participante

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Forces	<ul style="list-style-type: none"> - Patiente; - Bonne écoute; - Chaleureuse; - Aimante; - Disponible 	<ul style="list-style-type: none"> - Ouverte; - Bonnes valeurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Écoute; - Organisation; - Compréhensive 	<ul style="list-style-type: none"> - Sens des responsabilités; - Écoute et dialogue; - Bonnes valeurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Amour; - Empathie 	<ul style="list-style-type: none"> - Proximité; - Empathie
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'autorité; - Proximité difficile 	<ul style="list-style-type: none"> - Colère; - Impulsivité; - Manque d'autorité 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'autorité; - Proximité difficile; - Exigeante; - Manque d'interactions 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas assez attentionnée et inquiète; - Proximité difficile; - Rigidité; - Manque de limites; - Impulsivité 	<ul style="list-style-type: none"> - Sens de l'organisation 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'autorité; - Gestion des émotions; - Organisation
Senti (rôle de mère)	<ul style="list-style-type: none"> - Insatisfaite; - Insécure 	<ul style="list-style-type: none"> - Impuissante; - Inquiète; - Impatiente; - Frustration; - Insécurité 	<ul style="list-style-type: none"> - Pression; - Se néglige; - Sentiment d'incompétence 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'inadéquacité 	<ul style="list-style-type: none"> - Amour; - Anxiété; - Dépassée; - Sentiment d'inadéquacité/culpabilité 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'inadéquacité

Tableau 8

Tableau-résumé des réponses au questionnaire sur la parentalité pour chaque participante (suite)

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Difficultés rencontrées	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à déléguer; - Organisation de la routine; - Impulsivité; - Difficulté à penser à elle/ limites 	<ul style="list-style-type: none"> - Gérer les chicanes 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de soutien; - Impression d'être jugée; - Doute sur ses capacités; - Impulsivité 	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsivité; - Colère; - Manque de confiance 	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsivité; - Difficulté à mettre ses limites; - Facilement manipulable 	<ul style="list-style-type: none"> - Instabilité affective; - Impulsivité
Éléments positifs	<ul style="list-style-type: none"> - Amour; - Bonheur 	<ul style="list-style-type: none"> - Fierté; - Se sentir appréciée 	<ul style="list-style-type: none"> - Amour inconditionnel; - Valorisant 	<ul style="list-style-type: none"> - Amour; - Sentiment de fierté; - Se sent utile 	<ul style="list-style-type: none"> - Amour, fierté, affection; - Se sent utile 	<ul style="list-style-type: none"> - Amour; - Développement personnel

Participante 1

Selon le bloc « relations interpersonnelles », Madame est capable d'établir des relations interpersonnelles de base (contenu humain). Elle peut presque autant percevoir ses relations interpersonnelles comme positives et bienveillantes que comme pauvres (GHR: PHR), mais pourrait avoir tendance à opter davantage du côté pauvre. Elle n'est pas hypervigilante face aux autres (HVI) ni particulièrement autoritaire ou contrôlante (PER). Madame ne se perçoit pas isolée socialement (Idx isolement). Toutefois, en terme de besoins affectifs de base, elle éprouve le besoin d'agir avec prudence dans l'établissement des liens émotionnels (*Sum T*). Madame entre en relation de façon plus active que passive avec l'autre (a : p) et elle peut parfois percevoir l'agressivité comme étant naturelle dans ses relations interpersonnelles (AG).

Participante 2

Selon les résultats du bloc interpersonnel, madame est capable d'établir des relations interpersonnelles de base (contenu humain). Elle a la capacité de percevoir ses relations interpersonnelles comme positives et bienveillantes (GHR: PHR). Elle n'est pas hypervigilante face aux autres (HVI), mais elle aurait tendance à entrer en contact de manière autoritaire ou contrôlante (PER). Madame se perçoit de manière isolée socialement (Idx isolement) et elle percevrait un déficit au niveau de ses ressources sociales. En terme de besoins affectifs de base, elle éprouve le besoin d'agir avec prudence dans l'établissement des liens émotionnels (*Sum T*), elle présenterait certains indices de dépendance (Food) et elle est particulièrement passive dans ses relations interpersonnelles

(a : p). Par ailleurs, elle ne perçoit pas l'agressivité comme étant naturelle dans les relations interpersonnelles (AG).

Participante 3

Madame pourrait tendre à se percevoir comme étant isolée socialement (Idx isolement) et aurait peu d'intérêt pour tout ce qui touche à l'humain. Elle ne présente pas de dépendance affective (Fd) et ses besoins affectifs primaires sont caractérisés par un grand besoin de prudence dans ses relations interpersonnelles (*Sum T*). Les résultats rendent compte de la présence de caractéristiques typiquement associées à une immaturité ou à un manque de compétences relationnelles (CDI). Cependant, madame a une perception plutôt positive de ses relations interpersonnelles (GHR: PHR), même s'il lui est difficile de les percevoir comme bienveillantes (COP). L'indice d'hypervigilance est positif, ce qui signifie que madame pourrait être méfiante dans ses relations. Elle n'exprime pas d'agressivité consciente en lien avec ses relations interpersonnelles (AG). Enfin, madame ne serait pas particulièrement autoritaire ou contrôlante dans ses relations interpersonnelles (PER) et entrerait en relation de manière plutôt passive (a : p).

Participante 4

Madame ne se perçoit pas comme isolée socialement (Idx isolement), elle ne présente pas de dépendance affective (Fd) et elle pourrait démontrer de la prudence dans l'établissement des liens personnels (*Sum T*). Aussi, madame a une perception plutôt positive et bienveillante de ses relations interpersonnelles (GHR:PHR et COP).

Cependant, un HVI positif indique que madame pourrait être méfiante plus qu'elle ne le ressent consciemment. Enfin, madame pourrait être autoritaire ou contrôlante dans ses relations interpersonnelles (PER) et entrerait en relation de manière plus active que passive (a : p).

Participante 5

Madame ne se perçoit pas comme isolée socialement (Idx isolement), elle ne présente pas de dépendance affective (Fd) et ses besoins affectifs primaires sont caractérisés par un besoin de prudence dans ses relations interpersonnelles (*Sum T*). Aussi, madame a une perception plutôt pauvre de ses relations interpersonnelles (GHR/PHR), même si elle est minimalement capable de les percevoir comme bienveillantes (COP). Le HVI positif dénote la présence d'un style de relation hypervigilant, qui peut induire la présence d'une attitude négative et méfiante envers l'environnement. Il est possible que madame exprime de l'agressivité consciente en lien avec ses relations interpersonnelles ou qu'elle ait parfois tendance à entrer en relation de manière compétitive ou agressive (AG). Enfin, madame aurait tendance parfois à entrer en relation avec l'autre de façon autoritaire ou contrôlante (PER).

Participante 6

La valeur du CDI étant considérablement élevée, madame présenterait des caractéristiques typiquement associées à une immaturité ou à un manque de compétences relationnelles. Le ratio GHR/PHR propose que, dans son fonctionnement, madame

pourrait présenter certains comportements inefficaces et inadaptés dans une situation donnée. Un nombre supérieur de réponses passives a été donné quant au rapport a : p. Cette différence implique que madame pourrait adopter un mode de relation plutôt passif et elle pourrait démontrer moins de flexibilité. Madame manifesterait moins d'intérêt face aux relations et serait moins active dans ses relations interpersonnelles (idx isolement). Puisqu'aucune réponse Food n'a été donnée, il n'est pas possible de conclure la présence d'une tendance à la dépendance. Elle aurait une tendance inhabituelle à reconnaître et à exprimer le besoin de contact avec autrui et démontrerait de la prudence dans l'établissement des liens émotionnels (*Sum T*). Puisqu'aucun H pur n'a été nommé dans son protocole, madame aurait une perception plus négative des autres et présenterait peu d'intérêts à entrer en relation avec l'autre. De plus, madame serait plus défensive que la plupart des gens lorsqu'elle est en relation.

Similitudes et différences entre les participantes quant à la parentalité

Certaines particularités se dégagent en ce qui concerne la perception subjective de la parentalité des participantes. Elles ont ainsi identifié des difficultés dans leur rôle de mère, et spécialement en ce qui concerne une difficulté à mettre leurs limites et à exercer l'autorité. De plus, la majorité ont mentionné vivre un sentiment d'incompétence parentale, mais certaines ajoutent que leur rôle de parent les ont menées à en apprendre beaucoup sur elles et à travailler sur leurs difficultés émotionnelles/relationnelles. En ce qui concerne les forces rapportées, il ressort que le point commun nommé par les participantes est la très grande sensibilité à leur enfant. Du côté des lacunes, trois des six

participantes ont abordé une difficulté à être dans l'intimité avec leur enfant, en verbalisant qui leur serait parfois difficile d'être proche affectivement d'eux. De plus, la totalité des participantes ont nommé que la gestion des émotions et l'impulsivité serait un obstacle à leur parentalité et elles démontreraient de la prudence dans l'établissement des liens émotionnels. Particulièrement, les participantes 5 et 6 seraient plus défensives que la plupart des gens en relation. L'amour inconditionnel et le sentiment d'être utiles ont été nommés pour la plupart des participantes comme étant les éléments positifs les plus considérables à la parentalité.

À la lumière des résultats obtenus en ce qui concerne la parentalité, les données confirment le consensus déjà existant dans la littérature, en lien avec la présence d'une charge affective importante comme étant à la base des difficultés parentales chez un parent présentant un trouble de la personnalité limite (Dinsdale & Crespi, 2013; Favre et al., 2009; Fonagy & Target, 1996; Le Nestour et al., 2007). De plus, la régulation des émotions (impulsivité) et la perception plus négative de leur rôle de parent mèneraient ces mères à avoir le sentiment d'être moins compétentes comme parent et de vivre davantage d'invalidation parentale. Leur grande sensibilité à l'autre et la difficulté de trois des six participantes à établir une relation de proximité avec leur enfant pourraient être intimement liées aux phénomènes de contagion émotionnelle et d'identification projective, en référant au manque de frontière entre la mère et son enfant. Roussillon et al. (2007) vont dans le même sens en mentionnant que la proximité reste difficile à gérer pour cette population, ce qui tend constamment à faire osciller la personne entre la fusion

et le rejet. Ainsi, cela peut faire en sorte que la mère est submergée par les émotions de l'autre ou par ses propres émotions lorsqu'elle est en intimité, ce qui constitue un obstacle considérable à la parentalité et aux capacités relationnelles.

En regard des résultats au bloc « relations interpersonnelles », certaines différences sont ressorties chez les six participantes. La moitié des mères se sentent isolées socialement et il existe une divergence entre les participantes, concernant les contenus humains et leur représentation. Précisément, 3 mères ont répondu plus de GHR, alors que les 3 autres ont répondu plus de PHR, ce qui implique que les participantes 1, 5 et 6 auraient tendance à présenter des comportements inefficaces et inadaptés dans une situation donnée. Elles auraient aussi tendance à avoir une représentation plus négative de l'autre. Une différence est aussi remarquée dans le rapport a : p, où 3 participantes auraient tendance à entrer en relation de manière plus passive. Des variantes concernant les HVI et CDI sont présentes. Les mères 3, 4 et 5 utiliseraient une énergie considérable pour maintenir un état d'alerte, en raison d'une attitude méfiante et négative envers l'environnement. Les participantes 3 et 6 présentent certaines caractéristiques démontrant une immaturité relationnelle et la présence de difficultés dans leurs interactions avec l'environnement. Néanmoins, il existe une hétérogénéité dans les critères diagnostics du trouble de la personnalité limite qui ont été relevés chez les participantes, ce qui peut considérablement expliquer les divergences observées dans les résultats.

En résumé, l'analyse de la parentalité dégage certaines similitudes et divergences entre les participantes. À ce propos, il ressort de cette étude que les mères présentant un trouble de la personnalité limite sont plus enclines à vivre un sentiment d'incompétence parentale et à être témoin d'invalidation parentale. L'impulsivité serait perçue comme un défi considérable à leur rôle de parent et elles témoignent d'une grande sensibilité à l'autre. L'isolement, la méfiance et la difficulté à établir des liens authentiques et de proximité pourraient aussi faire partie de leur quotidien.

Analyse des résultats quant à l'empathie

Participante 1

L'évaluation des capacités empathiques par le mouvement humain (M) s'appuie sur 1) la qualité formelle; 2) le percept entier; et 3) le degré d'humanité, soit le H ou (H) abordé antérieurement. Pour presque tous les M, sauf un, madame perçoit des êtres entiers. Le critère positif d'entièreté du percept est rencontré. Ainsi, lorsqu'elle projette du mouvement humain, elle a tendance à voir l'être en intégralité plutôt qu'une partie de lui qui en révélerait une perception clivée. La participante 1 perçoit 3 humains entiers (réponses H), 2 humanoïdes (réponses (H)) et 1 Hd. En termes de score quantitatif, madame aurait les habiletés nécessaires pour voir le point de vue de l'autre, mais il lui serait cependant difficile de rencontrer l'autre en établissant une relation sécuritaire avec lui. Madame présente 3 réponses FC dans son protocole, ce qui équivaut au nombre de CF et C (rapport de 3 : 3), et qui peut indiquer une difficulté à moduler, parfois, ses émotions en tenant compte d'autrui. Avec une seule réponse FT, les résultats suggèrent une

difficulté à nouer des relations intimes avec autrui, cela bien qu'elle révèle un besoin de nouer des liens d'attachement. De plus, l'indice d'égoïsme propose l'idée que madame tendrait à être plus concernée par elle-même que par la plupart des gens en relation.

Participante 2

Pour tous les M, madame perçoit des êtres entiers. Ainsi, lorsqu'elle projette du mouvement humain, elle a tendance à voir l'être en intégralité. De plus, un nombre considérablement supérieur de H indique que madame présenterait l'habileté à voir le point de vue de l'autre, donc à ressentir de l'empathie. Par la présence de plusieurs réponses forme-couleur, cette mère témoigne pouvoir tenir compte des sentiments (C) et exigences de la réalité (F) la concernant et concernant autrui. Elle serait donc en mesure d'intégrer les affects aux expériences vécues. Cependant, un certain nombre de réponses estompage de texture (FT, TF ou T) est attendu pour témoigner de la capacité d'empathie d'une personne et de son aptitude à établir des liens authentiques d'attachement, et madame ne démontre aucune réponse de ce type. En ajoutant à cela la présence d'une réponse reflet et d'un indice d'égoïsme de 0,60, il est possible que madame démontre parfois une tendance à être fortement centrée sur ses besoins et peu à l'écoute des besoins et intérêts d'autrui.

Participante 3

L'absence de réponse FT suggère une incapacité, pour cette participante, à nouer des relations intimes avec autrui. L'intégration des affects aux représentations (FC) étant quasi inexistante, il est possible que madame ne possède pas les prérequis pour aborder l'autre dans une écoute empathique. Il lui serait difficile d'établir des liens authentiques d'attachement et tendrait à reconnaître et/ou exprimer avec prudence ses besoins émotionnels avec autrui. Aussi, par la présence plus grande de réponses couleur-forme que de réponses forme-couleur, il est possible que cette mère témoigne ne pas pouvoir tenir compte des sentiments (C) et exigences de la réalité (F) la concernant et concernant autrui. L'habileté de cette mère à ressentir de l'empathie et à voir le monde du point de vue d'un autre pourrait être altérée en rapportant un nombre supérieur de réponses H par rapport au nombre de réponses (H) et un FM significativement élevé. Il lui serait donc difficile de voir l'autre dans son intégralité.

Participante 4

Madame donne peu de réponses à contenu humain dans son protocole, ce qui signifie qu'elle démontrerait peu d'intérêt à rencontrer l'autre et qu'elle présenterait de l'immaturation dans son comportement. Cependant, elle manifesterait l'habileté de comprendre la perspective d'autrui et de se comprendre elle-même. Le faible nombre de réponses FT suggère une difficulté à nouer des relations intimes avec autrui, mais elle aurait un bon niveau d'intégration, d'expression et de contrôle des émotions. Ainsi, elle aborderait l'autre dans une certaine écoute empathique.

Participante 5

Madame a perçu à deux reprises des humains entiers. La présence plus grande de réponses humanoïdes (H) et (Hd), ajoutée au grand nombre d'humains partiels (Hd), révèle la difficulté à voir l'autre tel qu'il est et à éprouver de l'empathie pour lui. Madame n'a pas donné de réponse couleur pure et ne semble donc pas concernée par l'impulsivité, indicateur d'un manque d'empathie. Elle pourrait donc présenter une bonne représentation des affects (FC = 3). Madame a donné une réponse forme-texture. Elle aurait le potentiel d'éprouver une sensibilité aux émotions des autres. Madame n'apparaît pas comme une personne très centrée sur elle qui nie la différence de l'autre (Reflét = 0). Elle est plutôt sans contact avec toute tension interne; elle ne se connaît et ne connaît l'autre que de façon superficielle. L'absence de mouvement animal va dans le même sens. Madame n'est pas guidée par sa recherche de gratifications immédiates; elle n'est tout simplement pas à l'écoute de son monde pulsionnel. En résumé, madame ne possède pas les ressources personnelles nécessaires pour pouvoir éprouver de l'empathie. Elle ne parvient pas à voir l'autre tel qu'il est, elle manque d'égard pour la réalité incluant la réalité de l'autre et surtout la coupure avec le monde affectif s'étend au vécu interne d'autrui.

Participante 6

Madame démontre très peu d'intérêts pour tout ce qui touche à l'humain, ce qui implique qu'il lui serait difficile de ressentir de l'empathie et de voir le monde du point de vue de l'autre. De plus, il lui serait difficile d'établir des liens d'attachement, donc une relation sécuritaire avec autrui. Encore là, l'absence de réponse FT suggère une incapacité

à nouer des relations intimes avec autrui. Madame n'a pas donné de réponse couleur pure et ne semble donc pas concernée, pour cet indice, par l'impulsivité. Toutefois, le pauvre nombre au total de réponses-couleur indique une coupure avec le monde affectif, coupure incompatible avec une capacité de ressentir de l'empathie.

Dans la mesure IRI, un haut score d'adaptation contextuelle est habituellement associé à un meilleur fonctionnement interpersonnel, une plus grande extraversion et une plus grande estime de soi. Cette tendance décrit les participantes 1, 2, 4 et 5 comme étant des mères davantage capables d'anticiper les comportements et les réactions de l'autre, en comparaison avec les participantes 3 et 6. Ainsi, elles tendraient vers des relations interpersonnelles plus chaleureuses et satisfaisantes, en démontrant une plus grande sensibilité aux autres. Malgré cette expression d'intérêts envers autrui, ces personnes ne feraient pas nécessairement l'expérience d'émotions. Une explication plausible de cette condition est qu'il est possible que certaines d'entre elles ne se laissent pas submerger par des réactions affectives (donc seraient empathiques de façon cognitive seulement), et ce, dans le but de conserver le contrôle de la situation afin d'être prêtes à offrir leur aide (Richendoller & Weaver, 1994).

Similitudes et différences entre les participantes quant à l'empathie

Dans les indices d'empathie au Rorschach, la majorité des participantes n'ont donné que très peu de réponses texture, ce qui témoigne d'une faille dans la capacité d'empathie des participantes et dans leurs aptitudes à établir des liens authentiques d'attachement. Les

participantes 1, 3, 5 et 6 démontrent une irrégularité dans leur capacité à intégrer les émotions (les C), ce qui propose une condition propice à un contrôle inefficace des émotions dans les relations interpersonnelles. Par ailleurs, Gerber (1999) démontre que les mères qui ont accès à des représentations humaines de coopération et d'agressivité au Rorschach interagissent mieux avec leur nourrisson. Ces mères vivent plus de joie dans la relation à l'enfant et contrôlent mieux leur colère, sans la minimiser ni l'exagérer d'une façon qui pourrait effrayer l'enfant. Les mères dont les relations d'objet sont unidimensionnelles, comme les participantes 3 et 6, qui perçoivent peu de coopération et pas du tout d'agressivité, auraient des interactions plus pauvres avec leurs enfants. C'est ainsi que pour Turcotte et David (2003), la frustration, la colère et même la haine font partie inhérente de la maternité. Les mères qui nient leur agressivité peuvent l'exprimer d'une façon destructrice non seulement pour elle-même, mais aussi pour l'enfant.

Toujours à partir des résultats au Rorschach, il est pertinent d'affirmer qu'un potentiel empathique est présent chez les participantes 1 et 2 et 4, alors qu'il apparaît plus difficile à développer chez les participantes 3, 5 et 6. Dans l'ensemble, l'analyse des indices spécifiques d'empathie démontre une prédominance de la méfiance chez la plupart des participantes pour tout ce qui concerne le monde humain (M et H).

Au-delà de ces indices, il serait pertinent de revenir à la conception même de l'empathie qui comprend trois composantes, la première étant l'habileté à discriminer les indices d'une émotion chez l'autre. Il est possible que cette perception de base soit dominée

par des projections défensives, surtout pour les participantes 3, 4, 5 et 6. La deuxième composante est la capacité à adopter la perspective de l'autre. Au Rorschach, cette capacité est délimitée par une identification imaginaire aux percepts « humanisés ». Ainsi, pour les participantes 1, 3, 4, 5 et 6, les résultats suggèrent une inhabileté à rencontrer l'autre et surtout à établir une relation sécuritaire avec lui. De son côté, la troisième composante de l'empathie est, après avoir identifié l'émotion et adopté le point de vue de l'autre, la capacité à ressentir l'émotion. Cette capacité à ressentir est difficile pour plusieurs des participantes, notamment pour les participantes 1, 3, 5 et 6, car il est possible que leur vécu personnel soit nié, rejeté hors de la conscience et mal différencié de celui des autres ou projeté sur des objets externes. Dans ces circonstances, s'identifier temporairement aux angoisses de son enfant est une opération émotive et cognitive menaçante qui va à l'encontre des mécanismes de défense érigés par ces mères pour se défendre.

L'adaptation contextuelle est la sous-échelle de l'IRI qui est associée à la dimension cognitive de l'empathie. La moyenne globale de 16,33 signifie que cette dimension de l'empathie peut être plus difficile à appliquer pour certaines participantes lorsqu'elle est comparée aux sous-échelles liées à la dimension émotionnelle (Fantaisie, Souci empathique et Détresse personnelle), et ce, puisqu'elles sont pour la plupart significativement élevées.

Le type de réponses associé à la détresse personnelle est une réponse parallèle parce qu'elle est une reproduction de l'émotion observée. C'est en fait une sorte de contagion

d'émotions que l'on retrouve chez les personnes présentant une plus faible différenciation du soi (Corcoran, 1982). Les participantes 3, 4, 5 et 6 présentent un plus haut score à cette sous-échelle que les participantes 1 et 2, ce qui implique qu'il serait plus difficile pour ces mères d'être empathiques, en étant submergées par leurs propres émotions et en ayant peu d'énergie à consacrer au sort d'autrui (Richendoller & Weaver, 1994).

Des liens entre la fantaisie et les caractéristiques de la personnalité narcissique (supériorité, instabilité, montrer une forte estime de soi pour fuir la réalité d'une très faible estime de soi) démontrent que les participantes 3 et 5 pourraient se servir de la fantaisie dans le but de se créer un monde de toute puissance et ainsi fuir leur réalité qui constitue un indice négatif du bon fonctionnement social ou psychologique.

Enfin, le souci empathique de la totalité des participantes est significativement élevé (moyenne de 21,67), ce qui est associé au fait que les participantes ressentiraient de la compassion (dimension émotive, mais plus évoluée).

Globalement, une grande disparité dans les résultats sur l'empathie (cognitive et émotive) confirme le paradoxe existant dans la littérature. Comme dans cette étude, plusieurs recherches ont comparé les compétences empathiques cognitives et affectives dans un contexte de trouble de la personnalité limite, ce qui a pu révéler une empathie cognitive plus faible chez ces personnes (Guttman & Laporte, 2000; Harari et al., 2010) et qui peut inévitablement être associé à la présence d'identification projective. Toutefois,

ces mêmes études rapportent aussi la présence d'une empathie affective plus grande chez les personnes présentant un trouble de la personnalité limite, ce qui réfère alors à la notion de contagion émotionnelle. C'est ainsi que les différences qui marquent les composantes de l'empathie (cognitive et affective), dans un contexte de trouble de la personnalité limite, retrouvent leur point commun : le manque de frontières entre soi et l'autre décrit par les notions d'identification projective et de contagion émotionnelle.

Implications cliniques et en recherche

Puisque la mère « insuffisamment bonne » peut être considérablement influencée par la capacité d'empathie, certaines implications cliniques sont à considérer pour diminuer les impacts possibles, chez la mère et chez l'enfant. De cette manière, le développement des capacités de mentalisation, d'introspection et d'empathie sont à réfléchir, puisqu'elles influencent différents aspects soulevés dans la littérature. De ce fait, les résultats rapportés dans cette étude semblent aller dans la même direction, en mettant en lumière le fait que les participantes qui ont des capacités empathiques supérieures (1, 2 et 4) bénéficient ou ont bénéficié d'un suivi psychologique. Il est donc raisonnable de croire que la psychothérapie pourrait avoir un impact positif sur le développement des capacités empathiques et sur la mentalisation, et qu'une intervention précoce est pertinente afin de promouvoir la sensibilité maternelle et la mentalisation. Précisément, une meilleure capacité de mentalisation et d'introspection des mères présentant un trouble de la personnalité favorise une plus grande facilité à mettre en mots leurs difficultés, et plus particulièrement leur expérience subjective de parents. Les répercussions pourraient être

intéressantes, en ce sens où cela permettrait d'éloigner cette population de l'isolement et de la stigmatisation existante. De plus, en ayant une meilleure compréhension de leur vécu, cela favoriserait possiblement la régulation des affects et augmenterait également la capacité d'introspection chez la mère. Ainsi, celle qui aurait développé sa capacité de mentalisation serait plus en mesure d'être attentive à l'éprouvé subjectif de son enfant (empathie), puisqu'elle serait plus apte à comprendre son propre état affectif et mental et ainsi plus en mesure d'installer la frontière juste et nécessaire au développement d'une personnalité saine. En interprétant plus habilement les états mentaux et les besoins de son enfant, ses réponses seraient plus efficaces, ce qui améliorerait son sentiment de compétence personnelle et possiblement son estime personnelle. Par ailleurs, une meilleure capacité de mentalisation peut diminuer le risque d'un passage à l'acte, ce qui signifie qu'il pourrait y avoir moins de comportements de négligence et d'invalidation parentale. Cela permettrait aussi de contrer l'isolement auquel ces mères peuvent être parfois confrontées, ce qui pourrait diminuer leur détresse et leur donner davantage de ressources.

Il existe des retombées pertinentes de cette étude en ce qui concerne les recherches qui suivront dans le domaine. D'abord, l'étude souligne le fait que ce n'est pas le trouble de personnalité lui-même qui est impliqué, mais plutôt les manifestations du trouble de santé mentale qui peuvent se dessiner chez une personne plutôt qu'une autre (identification projective, contagion émotionnelle, clivage, impulsivité, capacité de mentalisation). C'est donc ce sur quoi les recherches futures pourraient s'intéresser afin

d'améliorer les connaissances impliquant la parentalité limite, et qui permettront, à leurs tours, de diminuer la stigmatisation qui peut parfois être présente avec cette clientèle. Aussi, une retombée intéressante est le fait de mieux comprendre le paradoxe et l'importance de départager l'empathie cognitive de l'empathie émotionnelle.

L'étude permet aussi de souligner l'importance de développer les connaissances sur l'empathie maternelle et de développer des outils spécifiques à ce contexte, compte tenu qu'il n'existe pas de définition ni de mesure directe à l'empathie maternelle à ce jour.

En tenant compte que l'intervention propose d'aider ces mères à développer leur empathie et leur capacité à mentaliser, il convient de réfléchir sur les retombées positives que pourrait avoir le fait de mieux comprendre leurs univers à travers les recherches ultérieures, pour être plus empathiques à leur endroit. Ainsi, cette étude espère avoir stimulé l'intérêt pour des futures recherches qui permettront d'éclaircir sur le sujet.

En outre, il importe de garder en tête que le fait d'être atteint d'un trouble de santé mentale ne doit pas être considéré comme une altération de la capacité à exercer convenablement son rôle parental. Dans toute relation d'aide, l'aidant doit se questionner sur ses possibles jugements qui, malgré sa formation en santé mentale, peuvent teinter la relation qu'il établit avec son client. Dans le même ordre d'idées, l'enfant ayant un parent atteint d'un trouble de santé mentale n'est pas nécessairement exposé à des situations compromettant sa sécurité ou son développement. En somme, les relations de cause à effet

ou les jugements hâtifs sont assurément à proscrire dans un contexte d'intervention psychothérapeutique impliquant un parent atteint d'un trouble de santé mentale tel qu'un trouble de la personnalité limite.

Forces et limites de l'étude

D'abord, les études concernant une population présentant un trouble de la personnalité limite sont habituellement limitées par le fait que la capacité des sujets, présentant un trouble de la personnalité limite, à évaluer avec précision leurs propres compétences empathiques est inconnue. Toutefois, pour cette étude, la différence est l'apport de la mesure projective (Rorschach) qui propose une meilleure compréhension du fonctionnement intrapsychique et qui offre un regard différent sur l'empathie et la parentalité. Aussi, la force des analyses de cas est de fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte (Gagnon, 1995). En ce sens, la parentalité et l'empathie ont été étudiées de façon intrapsychique par la projection du monde mental sur les planches de Rorschach.

Le fait que certaines participantes aient bénéficié d'un suivi psychologique peut interférer avec les résultats et l'étude ne tient pas compte d'autres facteurs pouvant influencer les résultats, comme la présence ou non de soutien interpersonnel dans la vie de la mère. Ensuite, l'échantillon ne propose pas de groupe contrôle. Il n'est donc pas possible de comparer avec une population ne présentant pas de trouble de santé mentale. Bien qu'il soit fréquent, pour la population limite, d'observer la présence de plusieurs

troubles de santé mentale, cette étude n'a tenu compte que du Cluster B. Elle ne présente donc pas un regard exhaustif concernant la comorbidité à l'axe 1 et à l'axe 2.

D'autre part, la variation rapportée concernant les capacités empathiques peut être expliquée, en partie, en fonction de la sévérité des symptômes du trouble ou de la capacité cognitive globale à mentaliser. Dans cet ordre d'idées, la participante 2 est une femme significativement plus âgée que les autres participantes, ce qui a pu influencer positivement les résultats. De plus, les participantes ne répondent pas toutes aux mêmes critères du trouble de la personnalité limite (à l'exception des participantes 3, 4 et 5), ce qui peut avoir une incidence sur les résultats. Comme mentionné précédemment, il est difficile de mesurer l'empathie maternelle de façon directe. Il convient de distinguer clairement que la mesure d'empathie utilisée dans cette étude a mesuré la capacité de la mère à être empathique dans ses relations interpersonnelles plutôt que l'empathie d'une mère spécifiquement face à son enfant, bien que cela soit infiniment proche. Le facteur de désirabilité face à l'examineur est aussi à considérer, bien qu'il soit minimisé par la mesure projective mentionnée plus haut. Néanmoins, il demeure qu'il s'agit ici d'une première étude exploratoire, qui peut servir de prémisse pour des études ultérieures et qui permet de nommer quelques pistes intéressantes afin de mieux intervenir avec cette clientèle.

Conclusion

L'objectif de cette étude était de faire des liens entre la parentalité, l'empathie maternelle et le trouble de la personnalité limite. À cet effet, il existe un paradoxe concernant l'empathie maternelle, en observant à la fois un manque et un excès d'empathie. Il s'en dégage aussi que les phénomènes d'identification projective et de contagion mentale peuvent faire partie intégrante du fonctionnement des mères présentant ce type de trouble, ce qui peut mettre en cause le manque de frontière entre soi et l'autre. Concernant la parentalité, plusieurs distinctions ont été émises à propos de ce qui caractérise la population limite notamment, un sentiment d'inadéquacité, la présence d'impulsivité dans leur comportement, l'invalidation parentale et l'isolement, ce que la présente étude a aussi confirmé. En vue de fournir des liens entre le trouble de la personnalité limite, la parentalité et l'empathie maternelle, cette étude a mesuré non seulement ces trois variables, mais aussi le fonctionnement intrapsychique de six mères présentant un trouble de la personnalité limite. Pour accéder aux représentations internes des mères, le test du Rorschach a été utilisé et des protocoles ont été administrés à des mères ayant un trouble de la personnalité limite. Tous les indices de capacités, de carences d'empathie et des capacités relationnelles ont été relevés, analysés et liés aux motifs d'évaluation.

42

En examinant les compétences empathiques et la parentalité des populations limites, des similitudes et divergences ont pu être émises. Le profil des participantes met, entre

autres, l'emphase sur la présence d'un portrait de relation empreint de méfiance et une plus grande difficulté à établir des liens authentiques d'attachement. Certaines participantes ont démontré plus d'empathie que d'autre, ce qui décrit une certaine irrégularité dans les résultats. Puisque la tendance semble démontrer une dimension cognitive plus précaire, cela démontre l'importance de départager les dimensions cognitives et émotives de l'empathie pour les recherches ultérieures.

Enfin, les suites de cette recherche peuvent être nombreuses. Des analyses de cas multiples avec évaluation psychologique multimodale permettraient d'articuler les rapports entre la comorbidité, le niveau de mentalisation, les mécanismes de défense, l'empathie et la parentalité chez le parent présentant un trouble de la personnalité limite. Il serait aussi pertinent de vérifier les points de similitudes et de différences entre un groupe témoin et un groupe contrôle. Les méthodes d'évaluation pourraient être des tests projectifs, des tests psychométriques, des entrevues semi-structurées et même l'observation parent-enfant. Pour finir, une alternative de recherche possible avec le même matériel (Rorschach) serait l'évaluation des capacités empathiques et de la parentalité chez des pères présentant un trouble de la personnalité limite. Cet essai a tenté de susciter l'intérêt et la réflexion du lecteur pour ce vaste domaine qu'est la parentalité limite. Il faut dire que l'intervention auprès de ces familles va au-delà de l'éducation sur le développement des enfants et du coaching parental, quoiqu'essentiels. L'intervention précoce, le développement des capacités empathiques, l'accroissement de la mentalisation et de l'introspection prennent ainsi une importance capitale dans l'intervention.

Références

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Publishing, inc.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux*, Texte révisé (Washington DC). Traduction française par M.-A. Crocq et al. Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux*, Texte révisé (Washington DC). Traduction française par J.-D. Guelfi et al. Paris : Masson.
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.
- Boily, M. (2009). *L'exercice du rôle parental chez des personnes aux prises avec des troubles mentaux* (Thèse de doctorat inédite). Université Laval, Québec, QC.
- Boily, M., St-Onge, M., & Toutant, M.-T. (2006). *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale. Regard sur la parentalité*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Bouvard, M. (2009). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité* (3^e éd.). Paris : Masson.
- Chabert, C. (1997). *Le Rorschach en clinique adulte : interprétation psychanalytique* (2^e éd.). Paris : Dunod.
- Corcoran, K. J. (1982). An exploratory investigation into self-differentiation: Empirical evidence for a monistic perspective on empathy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 63-68.
- Cottraux, J., & Blackburn I. M. (2006). *Psychothérapie cognitive des troubles de la personnalité*. Paris : Masson.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85. (Traduction française par Lussier, 1996).
- Davis, M. H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Boulder, CO: Westview press.

- Dinsdale, N., & Crespi, B. J. (2013). The borderline empathy paradox: Evidence and conceptual models for empathic enhancements in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(2), 172-195.
- Doumont, D., & Renard, F. (2004). Parentalité : nouveau concept, nouveau enjeux? *RESO*, 1(17), 4-31.
- Eisenberg, N., Shea, C. L., Carlo, G., & Knight, G. P. (1991). Empathy-related responding and cognition: A "chicken and the egg" dilemma. Dans W. M. Kurtines & J. L. Gewirtz (Éds), *Handbook of moral behavior and development* (pp. 63-88). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Exner, J. E. (1995). *Le Rorschach : un système intégré : théorie et pratique*. Paris : Frison-Roche.
- Exner, J. E. (2001). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré* (4^e éd.). Paris : Frisson-Roche.
- Exner, J. E. (2003). *Manuel d'interprétation du Rorschach en système intégré*. Paris : Frison-Roche.
- Favre, D., Joly, J., Reynaud, C., & Salvador, L. (2009). Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions : validation d'un test pour repérer et aider des élèves à risque. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 59(3), 211-227.
- Feshbach, N. D. (1989). The construct of empathy and the phenomenon of physical maltreatment of children. Dans D. Cicchetti (Éd.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 349-373). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, L. E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, US: Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Freud, S. (1927). *Essais de psychanalyse*. Lausanne : Éditions Payot.

- Fruzzetti, A. E., Shenk, C. H., & Perry, D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology, 17*(4), 1007-1030.
- Gagnon, Y.-C. (1995). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gerber, J. D. (1999). *Imagining the child: Maternal representations of the child as a function of the quality of the mother 's object relations* (Thèse de doctorat inédite). The City University of New York, New York, US.
- Gilet, A., Mella, N., Studer, J., & Grün, D. (2013). Assessing dispositional empathy in adults: A french validation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Canadian Journal of Behavioural Science, 45*(1), 42-48.
- Guttman, H. A., & Laporte, L. (2000). Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Family Processes, 39*, 345-358.
- Harari, H., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M., & Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research, 175*, 277-299.
- Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. France : Éditions Érès.
- Kalliopuska, M. (1982). Empathy measured by Rorschach and TAT. *Projective Psychology, 27*(2), 5-11.
- Kernberg, O. F. (1997). *Les troubles limites de la personnalité*. Paris : Dunod.
- Lamour, M., & Barraco, M. (1998). *Souffrances autour du berceau*. Québec : Gaëtan Morin.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Laporte, L. (2007) Un défi de taille pour les centres jeunesse : intervenir auprès des parents ayant un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec, 32*(2), 97-114.
- Le Nestour, A., Apter-Danon, G., Héroux, C., Mourgues, B., & Patouillot-Slatine, I. (2007). Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. *La psychiatrie de l'enfant, 50*, 125-177.

- Macfie, J., & Swann, S. A. (2009). Representations of the caregiver - child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(3), 993-1011.
- Millaud, F. (2009). *Le passage à l'acte*. Paris : Masson.
- Milner, J. S., Halsey, L. B., & Fultz, J. (1995). Empathic responsiveness and affective reactivity to infant stimuli in high-and low-risk for physical child abuse mothers. *Child Abuse & Neglect*, 19(6), 767-780.
- Newman, L. K., & Stevenson, C. S. (2005). Parenting and borderline personality disorder: Ghosts in the nursery. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(3), 385-394.
- Newman, L. K., Stevenson, C. S., Bergman, L. R., & Boyce, P. (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: Preliminary findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(7), 598-605.
- Osoné, A., & Takshashi, S. (2003). Twelve month test-retest reliability of a Japanese version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 532-538.
- Piotrowski, C., Keller, J. W., & Ogawa, T. (1993). Projective techniques: An international perspective. *Psychological Reports*, 72(1), 179-182.
- Rausch de Traubenberg, N. (1997). *La pratique du Rorschach*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Richendoller, N. R., & Weaver, J. B. (1994). Personality and individual differences. *Press Auburn University*, 17(3), 303-311.
- Rosenblum, O. (2009). Quand la venue de l'enfant fait violence à ses parents. *Le divan familial*, 23, 99-114.
- Roussillon, R., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgieff, N., & Roman, P. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Paris : Elsevier-Masson.
- Rygaard, N. P. (2007). *L'enfant abandonné*. Bruxelles : Éditions de Boeck.
- Sultan, S., & Chudzik, L. (2010). *Du diagnostic au traitement : Rorschach et MMPI-2*. Belgique : Éditions Mardaga.

- Thouret, D. (2004). *La parentalité à l'épreuve du développement de l'enfant*. France : Éditions Érès.
- Turcotte, S., & David, H. (2003). Influence de la vulnérabilité psychotique de deux mères états-limites sur les aspects fusionnels et rejetants de la relation avec leurs enfants. *Revue québécoise de psychologie*, 24(2), p. 167-194.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (2008). Individual differences in infant-caregiver attachment. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, (2^e éd., pp. 78-101). New York, NY: Guilford Press
- Winnicott, D. W. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. France : Éditions Payot.
- Zanarini, C. M., Williams, A. A., Lewis, E. R., Reich, B. R., Vera, C. S., Marino, F. M., ... Frankenburg, R. F. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101-1106.

Appendice
Questionnaire préliminaire

Questionnaire préliminaire

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations descriptives générales. Soyez assuré(e) qu'elles demeureront confidentielles et anonymes.

Sexe Féminin Masculin

Quel âge avez-vous? _____

Pays de naissance? _____

Statut marital? Célibataire Marié Divorcé
 Conjoint de fait En couple

Combien avez-vous d'enfants?	Âge de chacun	Niveau scolaire de chacun
1. <input type="checkbox"/>	_____	_____
2. <input type="checkbox"/>	_____	_____
3. <input type="checkbox"/>	_____	_____
4. <input type="checkbox"/>	_____	_____

Êtes-vous présentement en couple avec le père des enfants? _____

Si non, avez-vous la garde des enfants? _____

Quel est le plus haut degré de scolarité complété?

Secondaire non complété Maîtrise
 Secondaire Doctorat
 Collégial DEP
 Baccalauréat Autre, spécifiez _____

Avez-vous un emploi? Si oui quel est votre emploi et depuis combien de temps?

oui non

3.

4.

Comment vous vous décrivez en tant que mère? (forces et faiblesses)

Comment vous sentez-vous dans votre rôle de mère?

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en tant que mère?

Quels sont les éléments positifs?
