



Article scientifique

Article

2019

Accepted version

Open Access

This is an author manuscript post-peer-reviewing (accepted version) of the original publication. The layout of the published version may differ .

---

## Quels soins pour les enfants dont un parent souffre d'un trouble de personnalité borderline?

---

Nanzer, Nathalie

### How to cite

NANZER, Nathalie. Quels soins pour les enfants dont un parent souffre d'un trouble de personnalité borderline? In: Psychothérapies, 2019, vol. 39, n° 2, p. 101–107. doi: 10.3917/psys.192.0101

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:154376>

Publication DOI: [10.3917/psys.192.0101](https://doi.org/10.3917/psys.192.0101)

## **Quels soins pour les enfants dont un parent souffre d'un trouble de personnalité borderline**

Nathalie Nanzer \*

\* Pédiopsychiatre, psychanalyste, médecin adjoint du chef de service, responsable de l'unité de Guidance infantile, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Universitaire de Genève, Université de Genève.

### **Résumé**

Les parents souffrant d'un trouble borderline (BDL) sont un vrai défi dans les prises en charges de jeunes enfants, tant en institution qu'en pratique privée. La compréhension psychodynamique de ce trouble, de ses répercussions sur l'enfant et sur le dispositif de soin semble fondamentale pour éviter les contre-attitudes et les actings auxquels ces familles poussent les équipes de soin. A travers l'exemple de Justine, nous aborderons trois aspects de la parentalité BDL :

1. Ce que vivent les sujets qui souffrent d'un trouble de personnalité BDL lorsqu'ils accèdent à la parentalité.
2. Comment la pathologie BDL se manifeste dans le lien parent-enfant et comment elle interfère dans le développement de l'enfant
3. Les particularités de la prise en charge des enfants de parents BDL et les pistes thérapeutiques.

### **Mots clés :**

Personnalité borderline, parentalité, enfant, périnatalité, soins.

### **Introduction**

*Justine m'est adressée par son médecin traitant à son sixième mois de grossesse. Elle fait des cauchemars à répétition, dort très mal et a déjà consulté à trois reprises aux urgences de la maternité pensant que son bébé était mort in utero. Il s'agit de son premier enfant et elle se dit prête à tout pour « ne rien louper » avec lui. Mais son discours est lisse, aconflictuel, elle insiste spontanément sur le fait que sa grossesse se passe bien, qu'il n'y a aucun problème avec le bébé ; sans ces cauchemars et ce corps ressenti comme « difforme » tout irait bien. Peu à peu, je comprends que son corps manifeste une angoisse plus générale, non verbalisable et la sensation que « tout lui échappe ».*

*Comme je ne semble rien attendre d'elle et que j'accueille ce qu'elle me dit, elle s'ouvre, se lâche, déverse des anecdotes et des émotions intenses. Je me sens à la fois touchée et envahie, vaguement confuse. Elle demande un second entretien très proche, semble déçue que je ne puisse pas la revoir avant la semaine suivante. Pourtant, trois jours plus tard, elle cherche à déplacer le rendez-vous et hésite même à revenir.*

*Je ne connais encore rien de son histoire, mais j'ai déjà le pressentiment d'une entrée en relation sur un mode borderline : oscillation entre trop et trop peu, avidité et rejet, sentiment d'abandon et vécu d'intrusion. Les vannes qu'elle a ouvertes au premier entretien ont laissé s'échapper un flot d'émotions qui maintenant l'effraie.*

*Au cours des séances suivantes, j'apprends qu'elle a quitté le père de son futur enfant après qu'il l'ait malmenée psychologiquement et physiquement, elle est retournée vivre chez sa mère avec qui les relations sont tendues, elle a un travail qu'elle investit beaucoup mais est en conflit permanent avec son chef dont elle ne se sent pas comprise. Elle a souffert d'une période d'anorexie-boulimie et s'est régulièrement scarifiée à l'adolescence, mais personne ne l'a remarqué et elle n'a pas été suivie. Elle a aussi régulièrement consommé des toxiques jusqu'à sa grossesse où elle a tout interrompu.*

*Ce bébé, elle l'a désiré, malgré la relation instable et compliquée avec son compagnon. Cette relation s'est dégradée dès le début de la grossesse, mais Justine ne semble pas vraiment en souffrir. Depuis qu'elle est enceinte, pour la première fois de sa vie, elle se sent comblée, elle n'est plus seule, sa vie a enfin un sens. Si seulement, il n'y avait pas toutes ces nausées qui persistent et ces troubles du sommeil, tout serait parfait !*

*Après plusieurs séances, Justine semble enfin pouvoir s'ouvrir sur son enfance, sa relation à ses parents. Elle leur en veut terriblement de ne jamais l'avoir comprise, de ne pas avoir su l'écouter, en particulier lorsqu'elle leur a raconté, à 8 ans, comment le meilleur ami de son père lui caressait la cuisse sur le siège arrière de la voiture de ses parents, alors qu'ils partaient tous ensemble en vacances. Je réaliserai avec le temps que sa mère avait dû souffrir de dépression et qu'elle n'avait pas la force de tenir tête à un mari alcoolique et colérique. Justine et sa mère en faisaient les frais. Justine semble chercher à étouffer et contenir une colère qu'elle ressent comme destructrice si elle la laisse émerger.*

Parmi les enfants consultant un centre pédopsychiatrique, plus d'un tiers ont un parent souffrant d'un trouble de la personnalité borderline<sup>1</sup>.

Les Guedeney<sup>2</sup> font un parallèle entre les tr BDL et la qualité de l'attachement chez l'adulte pour plusieurs critères : le mode de relations interpersonnelles qui sont instables et intenses, avec des efforts effrénés pour éviter les abandons (qu'ils soient réels ou imaginaires), une instabilité marquée et persistante de l'image et de la notion de soi, une grande instabilité affective.

Fonagy<sup>3</sup> relève, lui, la défaillance de la fonction de réflexivité chez les personnalités BDL, avec une difficulté à discerner et à comprendre son propre comportement et celui des autres en termes d'états mentaux.

**Que se passe-t-il au moment où une personnalité BDL s'apprête à devenir parent ?**

Les relations précoces des personnalités BDL sont généralement émaillées de traumatismes ou de microtraumatismes répétitifs qui ont pu passer inaperçus. Elles ont internalisé des imagos parentales négatives, distantes, abîmées ou rejetantes ; des imagos qu'elles ont massivement refoulées ou clivées pour éviter l'angoisse et la souffrance qu'elles suscitent. Il leur manque un objet interne fiable, positif, rassurant sur lequel s'appuyer.

Ce dernier est particulièrement important au cours de périodes de transition et de fragilité psychique qui jalonnent les parcours de vie, comme la phase œdipienne, l'adolescence et le moment d'accès à la parentalité. Au moment de devenir parent, la femme traverse un état de transparence psychique « naturelle » qui met à mal ses défenses et favorise une régression en la fragilisant mais en lui favorisant aussi une meilleure capacité de s'identifier au bébé. Ce processus psychique est au service d'un remaniement identitaire qui permet le processus d'accès au status psychique de parent.

Cependant, ces mouvements psychiques mettent fortement à mal les parents BDL. Leurs capacités de représentation et d'élaboration de leur parentalité sont mises en défaut<sup>4</sup>. Les affects du passé restent à l'état de traces mnésiques difficilement communicables. Le remaniement identitaire propre à la parentalité est massivement entravé. Ces sujets tentent inconsciemment désespérément de renforcer leurs mécanismes de défense tant les images et les émotions qui les envahissent sont insupportables, avec comme conséquence une amputation de leur vie psychique, des émotions et des représentations. Lorsque les mécanismes de défenses qui caractérisent leur fonctionnement (dénî, clivage, idéalisation), ne suffisent pas pour lutter contre des angoisses envahissantes, on assiste à des effondrements dépressifs ou psychotiques, fréquents pendant la période périnatale.

Lorsque l'enfant paraît, une nouvelle difficulté de taille se présente pour ces parents. L'immaturation du bébé, sa dépendance, ses besoins émotionnels et relationnels intenses confrontent ses géniteurs à un processus identificatoire qui les rapprochent de leurs propres besoins infantiles. Lorsque ceux-ci n'ont pas pu être satisfaits ces adultes ne peuvent pas se représenter que ceux de leur bébé le seront. Ils se retrouvent massivement identifiés à la détresse du bébé, sans distance possible, tout en s'identifiant aussi à des images parentales insuffisantes et négatives.

Pour se préserver de ces émotions trop difficiles, intenses et négatives, ces parents BDL cherchent à se couper de toute émotion mais aussi de toute capacité à reconnaître les émotions de leur enfant, ce qui constituera un handicap sévère dans leur rôle parental. Lorsque, malgré tout, les émotions les débordent, ils tendent à réagir avec leur enfant par de la colère et du rejet.

### **Les conséquences du tr BDL du parent sur l'enfant**

En début de vie, le bébé a besoin que sa mère réponde avec un maximum d'ajustement à ses besoins. L'état de « préoccupation maternelle primaire »<sup>5</sup> qu'elle traverse lui permet justement de se dévouer totalement à son bébé. Au cours des premiers mois de vie du nourrisson, ce que Winnicott décrit comme une « maladie normale » met la mère dans un état de repli, de

dissociation schizoïde qui lui permet de se vouer, pour un temps, exclusivement à son bébé et ainsi de s'identifier au maximum à ses besoins.

Cet ajustement optimal permet au bébé de progressivement supporter la discontinuité, il ouvre sur ce que Freud a nommé la satisfaction hallucinatoire du désir<sup>6</sup> qui est la capacité du bébé à transformer la discontinuité externe imposée progressivement, en une continuité interne qui intègre une temporalité créative. Elle sera à la base de la constitution d'un narcissisme solide et de l'instauration d'un objet interne fiable, nécessaire à la continuité psychique.

Le parent doit pour cela constamment être en contact psychique et s'ajuster aux besoins du bébé, évitant autant le « trop » que le « trop peu », l'excès d'excitation étant aussi néfaste que le manque. Tous deux provoquent chez le bébé la mise en place de mécanismes de défense précoces tels que désinvestissement de la relation ou érotisation des douleurs ou des terreurs.

Deux autres conditions sont nécessaires pour que le bébé puisse supporter et se construire dans la discontinuité : l'attente doit être basée sur une certaine rythmicité et le délai de réponse doit être adapté au stade de développement du nourrisson. Si ces conditions sont absentes, il se retrouve submergé par sa propre excitation et l'absence devient désorganisatrice. Ainsi, discontinuité et rythmicité organisées fondent la trame de la vie psychique du nourrisson.

Cette continuité et l'ajustement aux besoins du bébé est ce qui fait défaut aux personnes souffrant d'un trouble BDL. Comme dans les autres domaines de leur vie, elles fonctionnent avec leur enfant en oscillant entre deux extrêmes : trop d'excitation ou pas suffisamment, excès de proximité ou lâchage et rejet, débordement affectif ou vide émotionnel. Ces parents n'ont souvent pas été pris en compte dans leurs besoins émotionnels et affectifs, ils ne parviennent donc pas à accorder de valeur à leurs propres besoins, ni reconnaître et donner du sens aux besoins de leur enfant. Sans le savoir et sans le vouloir, ils nient la vie psychique du bébé. Or, le bébé se construit à travers et dans le regard de ses parents.

*Un exemple est illustré par le récit de Justine en séance, quelques semaines après qu'elle ait accouché de Léo, un bébé en bonne santé : « Je redoute les fins de journées et le moment de me coucher. L'autre soir, contrairement à son habitude, Léo a été tranquille et s'est endormi très rapidement. Il était tôt et j'étais désespérée. J'aurais pu en profiter pour souffler un peu, me détendre, mais je me sentais seule, tellement seule ! Cela m'a rappelé mon adolescence lorsque j'étais prise par des envies irrésistibles de me faire du mal. »*

Dans ces moments, l'enfant qui ne répond pas aux besoins de sa mère, peut éveiller chez elle des angoisses d'abandon et de la haine. Cette haine s'adresse à un objet interne non fiable, mais elle est projetée sur le bébé qui devient dépositaire d'un conflit interne appartenant au parent.

Les travaux de Rusconi Serpa et coll.<sup>7</sup> à Genève ainsi que ceux de Fonagy<sup>8</sup> à Londres ont montré que ces parents ne reconnaissent pas la peur et la demande de réassurance chez leur enfant. Ils interprètent ces besoins comme de la colère ou de l'agressivité. Ils réagissent de manière inadaptée en se sentant trahis, en se fâchant ou se figeant, soumettant l'enfant à des réactions incompréhensibles et disproportionnées qui le désorganisent.

*Justine raconte : « Parfois, Léo émet des sons stridents et insupportables ! Je ne comprends pas pourquoi il a besoin de me faire ça ! Pourtant je suis toujours là pour lui, il ne manque de rien. Dans ces moments, je n'arrive plus à penser, cela me met dans une telle colère... alors je lui crie dessus. Je sais que cela ne sert à rien, qu'il est petit, mais on dirait qu'il fait tout pour me pousser à bout ».*

En situation normale, les interactions mère-bébé sont faites de jeux de rencontre, d'erreurs et de réparations. Seules un tiers des interactions sont contingentes, les autres sont l'occasion d'adaptations mutuelles et de régulations de la part des deux membres de la dyade. Entre 2003 et 2009, trois études <sup>9,10,11</sup> ont observé des dyades de mères BDL avec leur bébé. Elles ont montré que, face à une situation stressante, les mères BDL sont beaucoup moins sensibles aux réactions du bébé. Elles s'adaptent moins à eux et ont une moins grande variété de stratégies comportementales. Elles compensent ce manque de stratégies par une hyperstimulation du bébé et des comportements intrusifs.

Ces bébés vivent des sensations de lâchage, d'abandon ou de mort imminente pour les plus jeunes. Ils manifestent leur détresse par des comportements somatiques (modification du tonus, hoquets, régurgitations, pleurs, trouble du sommeil), ou par un retrait psychique (détournement du regard ou évitement de la relation). Ils construisent un système défensif, qui dépend aussi de leurs propres capacités d'adaptation, de régulation face aux réactions chaotiques et imprévisibles auxquelles ils sont soumis. Ils présentent un risque de développer un faux-self, une solution de survie qui leur permet de s'hyper-adapter à un environnement inadapté et imprévisible. Ne pouvant pas compter sur un objet externe fiable, ils développent un manque de confiance dans la capacité des autres à les comprendre et les aider. Une issue pour eux est de rapidement se développer sur le plan intellectuel et de leur moi, au détriment de leur développement émotionnel. Une revue de la littérature faite en 2013<sup>12</sup> a montré qu'un trouble de personnalité chez le parent est le facteur de risque le plus prédictif de l'apparition d'un trouble psychiatrique chez l'enfant. Cela est d'autant plus compréhensible lorsqu'on constate que 80% des enfants de mère BDL ont un attachement désorganisé, contre 27% chez les enfants d'un groupe témoin<sup>9</sup>.

### **Quels enjeux pour les soins ?**

Ces patients BDL sont dans une constante famine relationnelle, une quête éperdue d'un objet enfin satisfaisant, tout en luttant de manière effrénée contre la dépendance. Les psychothérapeutes et les soignants sont confrontés aux mêmes défis relationnels que les bébés de ces parents : le lien thérapeutique est constamment ressenti comme dangereux et mis en danger. Les thérapeutes, heureusement, possèdent plus d'outils que le bébé pour comprendre et résister aux assauts destructifs de ces parents, ce qui ne les empêche pas d'être, eux-aussi, mis en grande difficulté.

Même lorsque les soins sont destinés au bébé, le parent BDL cherche inconsciemment à prendre la place de patient auprès du soignant. Toute relation bienveillante lui ouvre l'espoir de trouver

enfin le parent idéal dont il pense avoir été privé. Il n'a pas l'expérience d'un parent « suffisamment bon » et rêve d'un parent idéal. Ainsi, dans un mouvement de répétition transférentielle, il ne pourra que se sentir que déçu par les soins reçus et, déversera sa haine et son désespoir contre le thérapeute ressenti comme insuffisant et abandonnant.

Le psychothérapeute de l'enfant se retrouve ainsi face à un double challenge : aider un jeune enfant en souffrance, mais aussi contenir suffisamment son parent et l'aider à élaborer ses émotions, afin de dégager le bébé d'interactions et de projections trop délétères. Il est face à deux patients : l'enfant réel du parent et l'enfant interne du parent, tous deux en souffrance mais dont les besoins entrent bien souvent en rivalité ! Le parent peut ressentir une rage envieuse lorsque le thérapeute porte attention au bébé, suscitant un contre-transfert de rejet chez le professionnel. Le risque principal pour le thérapeute est de délaisser un des deux « patients » ; le plus souvent cela se fait au détriment du bébé réel qui se laisse plus facilement oublier que le parent. En pratique, le psychothérapeute est pris dans une préoccupation constante du potentiel risque d'effondrement psychique du parent.

Parfois, ces parents peuvent accepter une double prise en charge et entreprennent une psychothérapie personnelle en parallèle de la thérapie parent-enfant, ce qui facilite le travail du psychothérapeute d'enfant. Mais le plus souvent, ils ne sont pas prêts à entrer dans une relation thérapeutique duelle qu'ils vivent comme trop confrontante lorsque le lien leur semble si dangereux. Ils profitent souvent de la thérapie parent-enfant pour éprouver ce qu'une relation thérapeutique peut leur apporter. Ces thérapies parent BDL-enfant, prennent plus de temps qu'avec des parentalités névrotiques. Comme l'ont bien montré Cramer, Palacio et Manzano dans leurs travaux sur les thérapies conjointes<sup>13</sup>, ce type de parentalité narcissico-dissociée<sup>14</sup> est une contre-indication aux thérapies brèves. Il est impossible d'élaborer d'emblée les conflits internes concernant les fantômes du passé qui sont trop terrifiants et omniprésents. Ces conflits sont masochiquement investis, mais ne peuvent être convoqués, élaborés ou transformés, ils sont donc massivement projetés dans le bébé. L'évocation du passé est difficile, confuse, désaffectée, et se résout dans une décharge évacuatrice. Pour pouvoir y accéder, le setting thérapeutique doit permettre une étape préalable qui tienne compte à la fois du bébé et des parties infantiles du parent.

Dans la dernière partie de cet article, seront abordées quelques pistes permettant d'améliorer ces prises en charge thérapeutiques. Nous avons vu que le trouble de personnalité BDL est le facteur prédictif le plus prédictif pour l'apparition d'un trouble psychiatrique chez l'enfant. Ces personnes devraient donc bénéficier d'une prise en charge psychothérapeutique contenant dès la grossesse, leur permettant de se sentir investies avant l'arrivée du bébé. Elles auront ainsi moins besoin de tester la fiabilité du lien et d'entrer en rivalité avec le bébé après sa naissance. Plus le parent se sent contenu, compris, étayé, mieux il supportera la charge émotionnelle et le manque de contrôle en lien avec sa nouvelle parentalité. Les soins dans le postpartum en seront nettement facilités.

La psychothérapie centrée sur la parentalité<sup>15</sup> développée par l'Ecole de pédopsychiatrie de Genève, permet de travailler sur les identifications et les projections parentales problématiques

dès la grossesse et de poursuivre avec le bébé après sa naissance, en incluant alors les interactions parent-enfants qui se déroulent en séance<sup>11</sup>.

Un modèle intéressant est celui d'A. Le Nestour, à Paris<sup>16</sup>. Deux co-thérapeutes interviennent ensemble au cours de la même séance parent-enfant. Le psychothérapeute qui s'occupe du parent travaille sur sa parentalité, sur les interactions comportementales et fantasmatiques du parent. Il prend soin du bébé que le parent a été et de ses blessures. Un transfert s'installe avec toutes les difficultés du transfert BDL. Le co-thérapeute est un éducateur ou une puéricultrice, qui a été formé à l'observation émotionnelle du bébé selon la méthode E. Bick<sup>17</sup>, une méthode d'observation psychanalytique du bébé permettant de s'approcher au plus près de ses vécus émotionnels, relationnels et de ses besoins. Le co-thérapeute se centre sur le bébé, l'observe, s'identifie à ce qu'il discerne des éprouvés du bébé, son état de tension, ses expressions corporelles, il nomme ces éprouvés. En contenant les états émotionnels du bébé, il lui permet de vivre l'expérience d'être vu et compris dans ses ressentis. Ce setting de co-thérapie permet à chacun d'être entendu pour soi et non plus inclus l'un dans l'autre. Progressivement, se développe une aire de jeu transférentielle et contre-transférentielle tant à l'égard du parent que du bébé.

*Nous résumons ici une vignette décrite plus en détail dans l'article d'A. Le Nestour et qui pourrait aussi bien concerner Justine et Léo : le bébé a 3 mois et geint sur sa mère en séance. Celle-ci le tient debout sur ses genoux, inconfortable, elle le manipule beaucoup... L'enfant fait d'importants efforts pour tenir sa tête, il régurgite, il est « dans le vide », son regard ne peut être capté. Au fil des séances, il commence à réagir à l'observation attentive du co-thérapeute et à soutenir son regard, puis il tend ses mains vers lui, le touche et saisit ses mains. Il peut alors enfin se caler contre sa mère et chercher son regard pour la première fois. Les deux thérapeutes verbalisent autour de cet échange de regard. La mère associe alors sur ses difficultés à regarder son fils... Nous voyons que l'attention contenante du co-thérapeute permet une réaction chez l'enfant, un apaisement ; il se sent soutenu et ose alors un regard vers sa mère. La verbalisation entre les deux thérapeutes permet la mise en route d'un processus associatif chez la mère !*

A la Guidance infantile de Genève, un modèle bifocal a été étudié avec des parents n'étant pas preneurs de soins ou pas en condition de se rendre régulièrement aux séances. Les bébés ont bénéficié d'observations thérapeutiques hebdomadaires à domicile ou en foyer lorsque les enfants étaient placés. Ces observations sont aussi dérivées de la méthode E. Bick. L'observateur a une fonction de psychothérapeute auprès du bébé ; il travaille en binôme avec un pédopsychiatre qui coordonne le réseau de soin, reçoit le parent et l'enfant lorsque cela est possible et échange régulièrement avec l'observateur.

Enfin, les prises en charge psychothérapeutiques d'enfants de parents borderline ne peuvent se faire sans tenir compte de la fréquente nécessité de travailler en réseau. Lorsque le parent BDL dysfonctionne gravement et que le travail psychothérapeutique seul ne suffit pas, plusieurs

intervenants sont nécessaires, y compris parfois les services de protection des mineurs. L'intérêt est le même que dans le travail de co-thérapie: être capable de prendre en compte les besoins de chacun, tisser un filet qui permette de contenir le chaos émotionnel de chacun, permettre au parent de projeter différents aspects de lui sur différents membres du réseau, lorsqu'il doit recourir au clivage pour protéger les bons aspects de lui et de ses objets.

Ce travail en réseau est complexe, il demande aux professionnels de supporter et de comprendre qu'ils sont les réceptacles d'éléments transférentiels et de projection de vécus que le parent ne peut pas contenir en lui : vécus d'affabulation, sensation d'être abusés, manipulés, englués, impuissants, isolés, en rivalité !

Une partie importante de ce travail consiste à échanger régulièrement entre les professionnels du réseau, à mettre en commun ces vécus, élaborer les mouvements de rivalité et de méfiance qui sont forcément rejoués entre les professionnels et qui leur permettent de mieux comprendre les enjeux psychiques de la dyade parent-enfant.

Le temps est compté pour le développement du bébé, mais nous avons vu que ces thérapies ont besoin de temps pour se mettre en place et porter leur fruit. Le dilemme est permanent et ne peut souvent pas être porté par une seule personne. Le travail en réseau est alors essentiel : chacun peut rester porteur d'un aspect thérapeutique et les décisions importantes peuvent être prises en prenant en compte l'ensemble des données.

## **Conclusion**

Avec les parents BDL et leur enfant, nous devons faire un travail de réanimation psychique, souvent long et laborieux mais qui débouche parfois sur de surprenants mouvements d'insight et des issues élaboratives qui permettent non seulement à l'enfant de reprendre son processus développemental mais aussi au parent de ressortir grandi et soulagé de conflits internes enfouis qui n'avaient jamais pu être élaborés jusqu'alors.

L'accès à la parentalité comporte un risque d'effondrement ou de rigidification défensif, un risque pour le développement psycho-émotionnel du bébé, mais, il est aussi une occasion de maturation psychique surprenante, à la condition de pouvoir être élaboré dans un contexte thérapeutique très contenant et résistant !

Correspondance

Dre Nathalie Nanzer

Unité de Guidance infantile (HUG), 41 ch. des Crêts-de-Champel, 1206 Genève.

[Nathalie.nanzer@hcuge.ch](mailto:Nathalie.nanzer@hcuge.ch)

## Bibliographie

---

- <sup>1</sup> Dugas-Fortin ME. (2016). La parentalité et l'empathie des mères présentant un trouble de la personnalité limite. Thèse de doctorat. Université du Québec.
- <sup>2</sup> Guedeney N, Guedeney A. (2006). L'attachement concepts et applications. Paris : Masson (2<sup>e</sup> édition).
- <sup>3</sup> Fonagy P et coll. (1991). The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Ment Health J*, 13:200-17.
- <sup>4</sup> Rouillon L. et coll. (2012). Les mères borderline : comprendre et soutenir les interactions avec leur(s) enfant(s). *L'information psychiatrique*, vol.88, n°3.
- <sup>5</sup> Winnicott DW. (1956). La préoccupation maternelle primaire, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969 :168-174.
- <sup>6</sup> Freud S. (1911) Les deux principes du cours des événements psychiques, in *Résultats, idées, problèmes*. Paris, PUF, 1992, 135-143.
- <sup>7</sup> Rusconi Serpa S. et coll. Impact du stress post-traumatique lié à la violence domestique sur la parentalité : données empiriques et applications cliniques. *Enfance* 2015/3 (N° 3) : 409-427.
- <sup>8</sup> 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
- <sup>9</sup> Crandell LE. et coll. (2003). « Still face » interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-months-old infants. *Br J psychiatry*, 183:239-247.
- <sup>10</sup> Apter-Danon G. et coll. (2004). Mère états limites et leur bébé : quelles psychothérapies possibles ? *Perspectives psychiatriques*, 43,5: 372-376.
- <sup>11</sup> Hobson RP et coll. (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year old-infants. *Br J psychiatry*, 195:325-330.
- <sup>12</sup> Dinsdale N, Crespi B. (2013). The borderline empathy paradox : Evidence and conceptual models for empathic enhancements in borderline personality disorder. *Journal of Personality disorders*, 27(2) : 172-195.
- <sup>13</sup> Cramer B, Palacio Espasa F. (1993) *La pratique des psychothérapies conjointes mères-bébés*. Paris, PUF.
- <sup>14</sup> Manzano J, Palacio Espasa F, Zilkha N.(1999). *Les scénarios narcissiques de la parentalité*. Paris, PUF, Le fil Rouge.
- <sup>15</sup> Nanzer N, Knauer D. et coll. (2012). *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité*. Paris, PUF, Le Fil Rouge.
- <sup>16</sup> Le Nestour A, Apter G. et coll. Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. *La psychiatrie de l'enfant*. 2007/1 Vol.50, p.125-177
- <sup>17</sup> Bick E. et coll. (2011). *The Tavistock Model : Papers on child development and psychoanalytic training*. Karnac Books.