

Mère souffrant de trouble de personnalité limite : quels soins spécifiques en période périnatale ? Une revue de la littérature

Mother suffering from borderline personality disorder: Which specific care in the perinatal period? A literature review

Audrey Serrano, Emmanuelle Teissier, Ludivine Guerin Franchitto, Alexis Revet, Jean-Philippe Raynaud and Lionel Cailhol

Volume 47, Number 2, Fall 2022

Les troubles de personnalité limite : réalités actuelles québécoises et dans la francophonie

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1098903ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1098903ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Serrano, A., Teissier, E., Guerin Franchitto, L., Revet, A., Raynaud, J.-P. & Cailhol, L. (2022). Mère souffrant de trouble de personnalité limite : quels soins spécifiques en période périnatale ? Une revue de la littérature. *Santé mentale au Québec*, 47(2), 235–267. <https://doi.org/10.7202/1098903ar>

Article abstract

Borderline personality disorder (BPD) is a common and severe disorder characterized by instability of self-image, unstable affect, and unstable interpersonal relationships. Women with BPD would give birth as much as other women, but according to several studies, BPD mothers have a reduced sensitivity to their babies and a poor interpretation of their emotions; this would interfere in mother-baby interaction and in psycho-affective development of the baby, with the risk to develop psychiatric pathologies in adulthood. In this context several professionals have developed different interventions for mothers suffering from BPD.

Objectives The main objective of this literature review is to list the interventions developed for BPD mothers during the perinatal period (from pregnancy to the 18 months of infant). The secondary objective is to assess the effectiveness of some of these interventions.

Method We have screened five databases: PUBMED/MEDLINE, EMBASE, CINAHL, EBM REVIEWS and PSYCINFO, gray literature, recommendations of some countries, Google.ca website and OpenGray.

We used keywords to screen the articles: *Borderline personality disorder; Mothers, Women, Woman, Maternal, Perinatal, Perinatology, Postnatal, Postpartum, Pregnant, Pregnancy(ies), Infant(s), Infancy, Baby(ies), Newborn(s), Offspring(s), Young child, Young children*. To be included, an article had to be written in English or French and published between 1980 and 2020 (a bibliographic watch was then carried out until December 2021); it had to deal with preventive and/or therapeutic intervention(s) targeting mothers suffering from BPD in the perinatal period.

Results The search have generated 493 articles and 20 articles were selected. We have identified two main types of interventions: some are centered on the mother-baby dyad, others are centered only on the mother. Among them, there are therapies established for BPD patients in the general population, or specific mother-baby psychotherapies. Interventions are multidisciplinary, intervene early and intensively. Four articles have analysed the effectiveness of their program: according to the studies, the beneficial effects on dyadic interactions generally appear after several weeks of treatment, and for some programs the effects may persist over time; three authors show a reduction of maternal depressive symptoms. Only Australia and Switzerland have published recommendations targeting BPD mothers in the perinatal period.

Conclusion Interventions with BPD mothers in the perinatal period can be based on reflexives theoretical models or be in connection with the emotional dysregulation from which these mothers suffer. They must be early, intensive and multi-professional. Given the lack of studies that have analysed the efficacy of their programs, no intervention currently stands out, so it seems important to continue the investigations.

Mère souffrant de trouble de personnalité limite : quels soins spécifiques en période périnatale ? Une revue de la littérature

Audrey Serrano^a

Emmanuelle Teissier^b

Ludivine Guerin Franchitto^c

Alexis Revet^d

Jean-Philippe Raynaud^e

Lionel Cailhol^f

RÉSUMÉ Le trouble de personnalité limite (TPL) est un trouble fréquent et grave, caractérisé par une instabilité de l'image de soi, une instabilité affective et des relations interpersonnelles.

Les femmes atteintes de TPL entameraient une grossesse et accoucheraient autant que les autres femmes. Or, selon plusieurs études, les mères TPL auraient

-
- a. Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Toulouse, France.
 - b. Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Toulouse, France.
 - c. Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Toulouse, France.
 - d. Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Toulouse; CERPOP, Université de Toulouse, Inserm, UPS, France.
 - e. Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Toulouse, CERPOP, Université de Toulouse, Inserm, UPS, France.
 - f. M.D., Ph. D. psychiatre, Service des troubles relationnels et de la personnalité, Institut universitaire de santé mentale de Montréal; Chercheur associé au Centre de Recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal, Professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal, Québec, Canada.

une sensibilité diminuée aux signaux de leur bébé et une mauvaise interprétation de leurs émotions; ceci interférerait dans la mise en place d'une interaction mère-bébé de qualité et dans le développement psychoaffectif du bébé, avec le risque de développer des pathologies psychiatriques à l'âge adulte. Ainsi, plusieurs équipes ont élaboré des soins spécifiques pour les mères souffrant de TPL.

Objectifs Cette revue de la littérature a pour objectif principal de répertorier les interventions développées auprès des mères TPL en période périnatale (de la grossesse jusqu'aux 18 mois du nourrisson). L'objectif secondaire est d'évaluer l'efficacité de certaines de ces interventions.

Méthode Nous avons interrogé 5 bases de données: PUBMED/MEDLINE, EMBASE, CINAHL, EBM REVIEWS et PSYCINFO, la littérature grise, les recommandations de certains pays, le site Web Google.ca et OpenGray. Nous avons utilisé des mots clés pour repérer les articles: *Borderline personality disorder, Mothers, Women, Woman, Maternal, Perinatal, Perinatology, Postnatal, Postpartum, Pregnant, Pregnancy(ies), Infant(s), Infancy, Baby(ies), Newborn(s), Offspring(s), Young child, Young children*. Pour être inclus, un article devait être écrit en anglais ou en français et publié entre 1980 et 2020 (une veille bibliographique a été effectuée jusqu'en décembre 2021); il devait traiter d'intervention(s) préventive(s) et/ou thérapeutique(s) ciblant les mères souffrant de TPL en période périnatale.

Résultats La recherche a généré 493 articles et 20 articles ont été sélectionnés. Deux grands types d'interventions se sont détachés: certaines sont centrées sur la dyade mère-bébé, d'autres sont centrées sur la mère seule. Parmi elles, on relève des thérapies déjà établies pour les patients TPL en population générale ou des psychothérapies mère-bébé plus spécifiques. Les interventions sont majoritairement pluridisciplinaires, précoces et intensives. Quatre articles ont testé l'efficacité de leur programme: selon les articles, les effets bénéfiques sur les interactions dyadiques apparaissent en général après plusieurs semaines de traitement, et pour certains programmes les effets peuvent persister dans le temps; 3 auteurs montrent une diminution de la symptomatologie dépressive maternelle. Seules l'Australie et la Suisse ont publié des recommandations visant spécifiquement les mères TPL en période périnatale.

Conclusion Les interventions auprès des mères TPL en période périnatale peuvent s'appuyer sur des modèles théoriques réflexifs ou en lien avec la dérégulation émotionnelle dont souffrent ces mères. Elles doivent être précoces, intensives et pluriprofessionnelles. Compte tenu du manque d'évaluation de l'efficacité aucun type de soin ne se distingue actuellement, ainsi il apparaît important de pouvoir continuer les investigations.

MOTS CLÉS trouble de personnalité borderline ou état limite, mère, périnatalité, grossesse, bébé, nourrisson, nouveau-né

Mother suffering from borderline personality disorder: which specific care in the perinatal period? A literature review

ABSTRACT Borderline personality disorder (BPD) is a common and severe disorder characterized by instability of self-image, unstable affect, and unstable interpersonal relationships. Women with BPD would give birth as much as other women, but according to several studies, BPD mothers have a reduced sensitivity to their babies and a poor interpretation of their emotions; this would interfere in mother-baby interaction and in psycho-affective development of the baby, with the risk to develop psychiatric pathologies in adulthood. In this context several professionals have developed different interventions for mothers suffering from BPD.

Objectives The main objective of this literature review is to list the interventions developed for BPD mothers during the perinatal period (from pregnancy to the 18 months of infant). The secondary objective is to assess the effectiveness of some of these interventions.

Method We have screened five databases: PUBMED/MEDLINE, EMBASE, CINAHL, EBM REVIEWS and PSYCINFO, gray literature, recommendations of some countries, Google.ca website and OpenGray.

We used keywords to screen the articles: *Borderline personality disorder; Mothers, Women, Woman, Maternal, Perinatal, Perinatology, Postnatal, Postpartum, Pregnant, Pregnancy(ies), Infant(s), Infancy, Baby(ies), Newborn(s), Offspring(s), Young child, Young children*. To be included, an article had to be written in English or French and published between 1980 and 2020 (a bibliographic watch was then carried out until December 2021); it had to deal with preventive and/or therapeutic intervention(s) targeting mothers suffering from BPD in the perinatal period.

Results The search have generated 493 articles and 20 articles were selected. We have identified two main types of interventions: some are centered on the mother-baby dyad, others are centered only on the mother. Among them, there are therapies established for BPD patients in the general population, or specific mother-baby psychotherapies. Interventions are multidisciplinary, intervene early and intensively. Four articles have analysed the effectiveness of their program: according to the studies, the beneficial effects on dyadic interactions generally appear after several weeks of treatment, and for some programs the effects may persist over time; three authors show a reduction of maternal depressive symptoms. Only Australia and Switzerland have published recommendations targeting BPD mothers in the perinatal period.

Conclusion Interventions with BPD mothers in the perinatal period can be based on reflexives theoreticals models or be in connection with the emotional dysregulation from which these mothers suffer. They must be early, intensive and

multi-professional. Given the lack of studies that have analysed the efficacy of their programs, no intervention currently stands out, so it seems important to continue the investigations.

KEYWORDS borderline or borderline personality disorder, mother, perinatality, pregnancy, baby, infant, newborn

Introduction

Le trouble de personnalité limite (TPL) est un trouble fréquent et grave caractérisé par une instabilité de l'image de soi, une instabilité affective et une instabilité des relations interpersonnelles (American Psychiatric Association, 2013). Selon les données de la littérature, sa prévalence serait comprise entre 5 et 6 % en population générale (Gross et coll., 2002; Steele et coll., 2019). En population clinique elle s'élève à 10 % en ambulatoire, et entre 15 et 25 % en hospitalisation (Leichsenring et coll., 2011).

Sa gravité est en lien avec les nombreuses comorbidités (Shah et Zanarini, 2018), une réduction de l'espérance de vie (Ajetunmobi et coll., 2013), en partie liée au taux élevé de suicide (Bender et coll., 2001; Skodol et coll., 2002), mais aussi à une altération fonctionnelle (Zanarini et coll., 2004) et à un coût social élevé (Wagner et coll., 2021).

Concernant l'accès à la maternité, les femmes atteintes de troubles mentaux sévères et celles souffrant de TPL entameraient une grossesse et accoucheraient autant que les autres femmes (Vesga-Lopez et coll., 2008). Les symptômes apparaissent habituellement à la fin de l'adolescence et peuvent s'aggraver durant la période où les femmes sont le plus fertiles. Le lien entre dysrégulation émotionnelle et comportementale et augmentation des grossesses reste controversé (Derijard-Kummer, 2017; Nagel K, 2021). Malgré leur trouble, les mères TPL doivent assurer les mêmes fonctions parentales que n'importe quel autre parent: répondre aux besoins physiques et psychiques de leur bébé, offrir une bonne communication affective, assurer une fonction de contenance et accompagner les mouvements de séparation-individuation (Gosselin, 2000). Pour identifier et réguler les émotions et les comportements propres au nourrisson, les parents s'appuient sur leur sensibilité (Gosselin, 2000), sur leur capacité de mentalisation (capacité à percevoir les émotions de leur bébé) et sur leur fonctionnement réflexif (capacité à reconnaître, nommer et comprendre les comportements du bébé en termes de pensées, d'intentions, de désirs et de

sentiments sous-jacents). Selon Bakermans-Kranenburg et coll. (2003), les interventions agissant sur la sensibilité maternelle seraient les plus efficaces pour promouvoir un attachement sécure chez les enfants.

Plusieurs études ont mis en évidence les difficultés que rencontrent les mères TPL pour assurer ces fonctions parentales. Comparées à un groupe témoin, elles auraient une sensibilité diminuée aux signaux de leur bébé, et elles présenteraient une interaction plus intrusive avec leur nourrisson (Petfield et coll., 2015). Ces difficultés découleraient du fait que les personnes souffrant de TPL auraient des difficultés de mentalisation (Bateman et Fonagy, 2013). Ainsi, lors des interactions mère-bébé en « face à face », les bébés seraient plus en retrait dans la relation (moins de sourires, moins de vocalises) et ils seraient plus anxieux (Crandell et coll., 2003) ; or, le bébé a un rôle central et primordial dans le développement des interactions précoces, construites autour d'une « spirale interactionnelle » mère-bébé (Mazet et Stoleru, 2003, cité dans Lemoigne, 2019). Ces troubles des interactions précoces peuvent aboutir à de multiples problématiques. Selon certains auteurs, ils pourraient engendrer chez la mère un vécu d'anxiété et de culpabilité (Derijard-Kummer, 2017), lui-même pouvant aggraver les symptômes du TPL. Chez le bébé, il peut se constituer un attachement insécure, voire désorganisé (Rouillon et coll., 2012) qui peut aboutir à une représentation effrayante de l'autre et à une image de soi dévalorisée et inadaptée (Hobson et coll., 2005) ; enfin, à l'âge adulte, cela pourrait amener à des relations interpersonnelles instables, comme pour les mères TPL. Chez les enfants plus âgés, on retrouverait des déficits en théorie de l'esprit (capacité à se représenter ses propres états mentaux et ceux des autres) (Petfield et coll., 2015), des modalités d'attachement insécures et des épisodes dépressifs (Eyden et coll., 2016). Ces difficultés pourraient se manifester à tous les stades du développement, et faire le lit de pathologies psychiatriques à l'âge adulte, notamment le développement d'un TPL chez les adolescents (Eyden et coll., 2016). Infurna et coll. (2016) comparent des filles adolescentes TPL et contrôles : les adolescentes TPL décriraient des mères moins affectueuses et plus intrusives, ces mères elles-mêmes décriraient leur propre mère comme peu affectueuse, soutenant l'hypothèse que les expériences d'attachement joueraient un rôle dans le développement du TPL, avec une éventuelle transmission transgénérationnelle du trouble. Par ailleurs, les comorbidités dont souffrent les mères TPL ne sont pas sans conséquence. La revue de la littérature de Kemp et coll. (2022) suggère que les enfants de parents souffrant d'épisode dépressif

caractérisé, de trouble bipolaire de l'humeur ou de forte anxiété auraient des altérations de certaines structures cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle (amygdales, hippocampe); le trouble de la régulation émotionnelle étant un symptôme retrouvé dans le TPL, il pourrait y avoir un risque de TPL et de trouble de l'humeur chez les enfants. En ce qui concerne les comorbidités addictives, la revue systématique de la littérature de Viteri et coll. (2015) résume les résultats de 128 études: l'alcool pendant la grossesse serait associé à des altérations du système nerveux central chez le fœtus, et l'usage de toxiques pendant la grossesse serait associé à des effets délétères à plus long terme, notamment des troubles du comportement, des troubles cognitifs et du langage chez les enfants.

Les données issues des unités mère-bébé (UMB) témoignent des conséquences délétères sur les enfants. Glangeaud-Freudenthal et The MBU-SMF *Working Group* (2003) avancent que les nourrissons de mères ayant un trouble de la personnalité seraient plus à risque de placement à l'issue du séjour en UMB, comparés aux nourrissons de mères souffrant d'autres troubles mentaux (hors schizophrénie).

Afin de réduire l'impact documenté sur les nourrissons, les mères TPL et les relations mère-bébé, plusieurs équipes ont développé des prises en charge dédiées à cette population. Selon Moralès-Huet et coll. (2004), nous pouvons retrouver de nombreuses psychothérapies conjointes (ou dyadiques) parents-enfant développées selon différents modèles (modèle psychanalytique de Fraiberg, modèle de pensée développementaliste, modèle s'inspirant de la théorie de l'attachement). Ces psychothérapies ont été développées pour traiter des troubles interactifs parents-bébé précoces, secondaires à la fois à des difficultés parentales (comme le TPL) et/ou à des difficultés du nourrisson (comme une pathologie organique). Cependant, il n'existe aucun consensus international qui guide les professionnels dans leur prise en charge. Dans ce contexte, cette revue de la littérature a pour objectif principal de répertorier les interventions développées auprès des mères TPL en période périnatale (de la grossesse jusqu'aux 18 mois du nourrisson) afin d'en dégager les principales lignes directrices pour de futures recherches; l'objectif secondaire est d'évaluer l'efficacité de certaines de ces interventions (effet sur les symptômes et fonctionnements maternels, ainsi que sur la relation mère-bébé).

MÉTHODE

Stratégie de recherche :

Nous avons suivi les recommandations de *Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols* (PRISMA-P) (Moher et coll., 2015) pour cette revue de la littérature.

Au mois d'août 2020, nous avons interrogé 5 bases de données :

PUBMED/MEDLINE, EMBASE, CINAHL, EBM REVIEWS et PSYCINFO, et la littérature grise: les guides cliniques internationaux ainsi que les sites Web Google.ca et OpenGray ont été consultés.

Nous avons utilisé les plans de concepts suivants pour repérer les articles dans les différentes ressources :

(“Borderline Personality Disorder”[Mesh] OR Borderline[TIAB] AND personality[TIAB]), (“Mothers”[Mesh] OR “Pregnant Women”[Mesh] OR “Women”[Mesh:NoExp] OR Mother[TIAB] OR mothers[TIAB] OR Women[TIAB] OR woman[TIAB] OR maternal[TIAB]), (“Perinatology”[Mesh] OR “Perinatal Care”[Mesh] OR “Pregnancy”[Mesh:NoExp] OR “Infant”[Mesh] OR Perinatal[TIAB] OR Perinatology[TIAB] OR Pregnant[TIAB] OR Pregnancy[TIAB] OR pregnancies[TIAB] OR Infant[TIAB] OR infants[TIAB] OR Infancy[TIAB] OR Baby[TIAB] OR babies[TIAB] OR Newborn[TIAB] OR newborns[TIAB] OR postnatal[TIAB] OR postpartum[TIAB] OR offspring[TIAB] OR offsprings[TIAB] OR “young children”[TIAB] OR “young child”[TIAB])

Pour être inclus les articles devaient être écrits en anglais ou en français et publiés entre 1980 (date d'entrée du diagnostic de TPL dans le DSM III) et 2020. Une veille bibliographique a ensuite été effectuée jusqu'en décembre 2021. Une recherche des guides cliniques internationaux a été faite en septembre 2021. Les articles devaient traiter d'intervention(s) préventive(s) et/ou thérapeutique(s) ciblant les mères TPL en période périnatale. Ils étaient exclus s'ils ne traitaient pas d'intervention, s'ils ne ciblaient pas les mères TPL ni la période périnatale. Nous avons utilisé les définitions suivantes :

- Période périnatale: période allant de la grossesse jusqu'aux 18 mois du nourrisson, car c'est la période où les moments clés du développement psychomoteur de l'enfant se déroulent;
- TPL: ce terme a connu plusieurs descriptions cliniques et scientifiques depuis les années 50. Nous ne nous sommes limités à aucune

description ni classification précise par souci d'exhaustivité, et afin d'être le plus proches possible de la réalité clinique.

La recherche dans les différentes ressources a généré 493 articles. Afin de tester la fiabilité de la stratégie de recherche, nous en avons sélectionné 50 au hasard dont le titre et le résumé ont été lus par AS, ET et LC de manière indépendante pour une première sélection. Puis les sélections de AS, ET et LC ont été comparées. L'opération a été réalisée 2 fois et a montré environ 80 % de concordance des articles retenus lors du 2^e test et après ajustement des critères de sélection. Les désaccords sur la sélection d'un abrégé ont été résolus par discussion entre AS, ET et LC.

Une fois la stratégie de recherche établie, AS a sélectionné les articles en plusieurs étapes : lecture du titre et du résumé des 493 articles, puis chaque article sélectionné par le titre et/ou le résumé a été lu en entier (AS a contacté certains auteurs afin d'obtenir les articles non disponibles dans les bases de données : 9 auteurs ont été contactés par mail, 4 articles ont été récupérés). Finalement, 20 articles ont été retenus, en plus des recommandations australiennes et suisses (Figure 1).

Afin de répondre à l'objectif secondaire de cette étude, nous nous sommes intéressés à l'efficacité des interventions sur les interactions mère-bébé, sur les comorbidités du TPL et sur la qualité de vie des mères TPL. Les études devaient avoir testé l'efficacité de leur programme avec des échelles standardisées.

RÉSULTATS

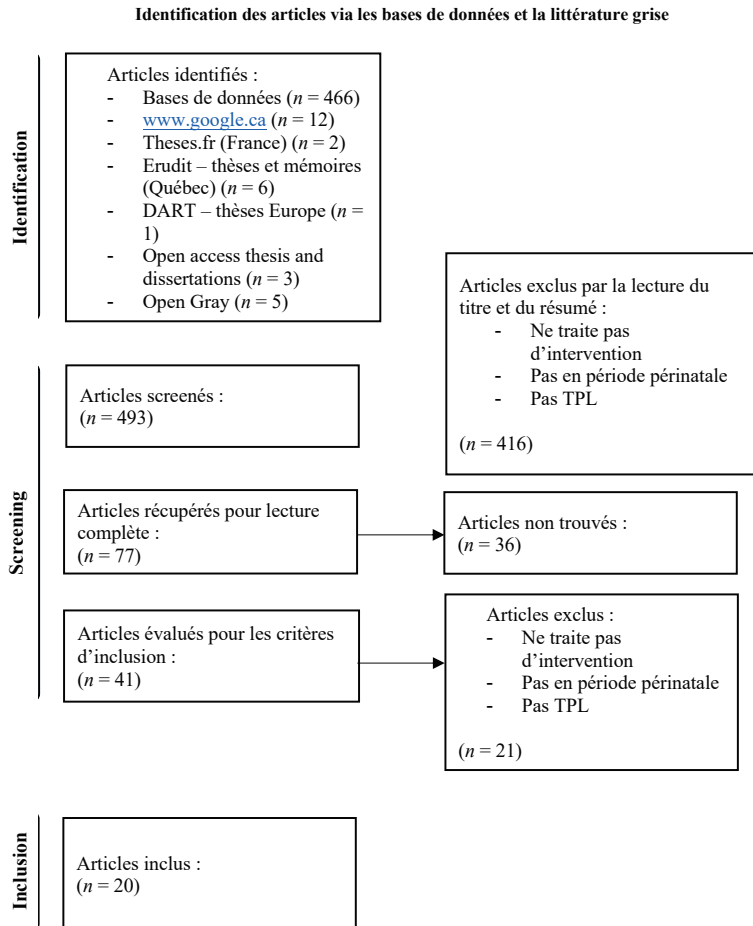
Dix-huit articles issus des bases de données et 2 articles issus de la littérature grise ont été sélectionnés. Les dates de publication s'étendent de 1985 à 2021. Les recommandations australiennes et suisses ont été intégrées à l'étude (Figure 1).

Recensement des interventions :

Nous pouvons définir 2 grands types de soins : les interventions centrées sur la dyade mère-bébé et celles qui s'adressent à la mère seule. Pour chacune on distingue des interventions qui se déroulent en séances individuelles ou en groupe. Dans tous les cas l'objectif sera d'agir sur les interactions mère-bébé (Tableau 1).

FIGURE 1

Diagramme de flux



Interventions centrées sur la dyade mère-bébé :

Ce sont les plus nombreuses (12 articles). Elles se divisent en 2 catégories.

Psychothérapie mère-bébé spécifique :

Une psychothérapie mère-bébé soutenue par un psychomotricien qui accompagne le développement psychomoteur du bébé et qui permet à la mère de l'accompagner progressivement (Apter-Danon et Candilis-

Huisman, 2005); ainsi que la thérapie *Watch, Wait and Wonder* (WWW) organisée autour de séances de jeu avec le nourrisson, et les techniques de Guidance Interactionnelle (GI) pensées pour les mères ayant du mal à s'engager dans un processus thérapeutique (Newman et Stevenson, 2005). De plus, plusieurs auteurs ont décrit des techniques basées sur des « cothérapies » au cours desquelles un cothérapeute, le plus souvent éducateur ou puéricultrice, se centre sur le bébé pour soutenir son expression et la nomination de ses affects perceptibles, et un thérapeute (le plus souvent psychothérapeute) centré sur l'interaction comportementale et fantasmatique de la mère pour faire face à l'intensité transférentielle (sentiments et émotions de la mère projetés sur le bébé) et aux mécanismes défensifs de la mère (clivage, déni) dont le bébé pourrait devenir l'objet. La cothérapie permet d'offrir un espace thérapeutique aux 2 membres de la dyade. La mère peut être portée psychiquement afin qu'elle puisse renforcer ses compétences parentales et, ainsi, soutenir la construction psychique de son nourrisson. (Le Nestour et coll., 2007; voir aussi Wendland et coll., 2014). Par ailleurs, d'autres techniques sont développées à partir de thérapies déjà utilisées pour les patients TPL en population générale: par exemple, Sved Williams et coll. (2021) développent des groupes thérapeutiques de dyades mère-bébé basés sur la Thérapie comportementale et dialectique (TCD) dont le but est d'aider les mères à soutenir la régulation émotionnelle et les capacités relationnelles de leur nourrisson, en introduisant un travail réflexif maternel, un travail sur la régulation émotionnelle parentale et un travail sur le sentiment d'efficacité interpersonnelle, tout en soulignant la place centrale des nourrissons dans les interactions sociales, grâce à leurs capacités d'interaction qui s'appuient sur de nombreuses compétences (facultés d'imitation et sourire-réponse). Des retrouvailles mère-bébé en fin de séance permettent de mettre en pratique ce que les mères ont appris, tout en étant soutenues par les thérapeutes. Toutes ces interventions sont à visée thérapeutique.

Interventions centrées sur les mères :

Elles sont moins nombreuses (8 articles).

Psychothérapies issues des techniques développées pour les patients TPL en général:

On peut citer la TCD ou la thérapie de pleine conscience (Rogers, 2016).

Avec des spécificités ciblant les difficultés des mères TPL :

Certains auteurs ont adapté des thérapies basées sur la mentalisation : mentalisation du fœtus, mentalisation de soi en tant que mère et mentalisation de la relation mère-bébé (Markin, 2013). D'autres auteurs ont développé des groupes de mères bénéficiant de TCD avec des techniques de pleine conscience centrées sur des sujets spécifiques à la maternité (formations sur les besoins de base d'un enfant et les compétences parentales afin de guider les mères TPL dans leur maternage). Par exemple, Renneberg et Rosenbach (2016) ont développé le programme « Compétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limite » qui se déroule autour de séances de TCD, dont des séances de pleine conscience, en groupe de 3 ou 4 mères TPL, au cours desquelles sont abordées les particularités des comportements et des compétences parentales des mères TPL. Les mères sont aussi formées aux soins émotionnels et physiques de leur nourrisson, à la gestion du stress et à la communication avec leur enfant. Les auteurs précisent que ce programme pourrait être bien accepté par les mères selon les résultats préliminaires d'une étude de faisabilité.

Pour toutes ces interventions les qualifications des thérapeutes sont variées et associées au domaine de la santé materno-infantile ainsi qu'au domaine du TPL (psychiatre ou pédopsychiatre, psychologue, puéricultrice, protection de l'enfance).

Les prises en charge sont pluridisciplinaires et coordonnées.

Les programmes de soin s'étalent sur une période allant de quelques mois (au minimum 12 semaines comme dans les articles de Renneberg et Rosenbach, 2016, et de Rogers, 2016) à quelques années (jusqu'à 2 ans pour l'article de Apter-Danon et Candilis, 2005, voire 3 ans pour l'article de Wendland et coll., 2014), le suivi est le plus souvent précoce, dès la grossesse ou les premiers mois de vie, et intensif avec des séances hebdomadaires. (Voir en annexe tableau 1)

Recommandations internationales :

Seulement l'Australie et la Suisse ont édité des recommandations spécifiques aux mères TPL en période périnatale.

Australie :

Le gouvernement et certaines organisations ont édité des guides de pratique clinique en 2017 (Centre of Perinatal Excellence, 2017) et en 2020 (Australian Government, Department of Health, 2020) précisant

qu'en préconceptionnel il est important de bien identifier et nommer le diagnostic de TPL avec les femmes et de les informer des difficultés qu'elles pourront traverser du fait de leur trouble. Ces guides insistent sur l'importance d'un accompagnement pluriprofessionnel.

Suisse :

Les recommandations soulignent l'intérêt d'interventions précoces et conjointes mère-enfant ; ces interventions devraient être focalisées sur la psychoéducation, les interactions sociales et la création du lien. L'importance du rôle du système familial élargi, des institutions mère-enfant et des familles d'accueil pour les enfants est mise en avant (Euler et coll., 2017).

Efficacité des interventions :

Quatre études ont testé l'efficacité de leur programme (Dominguez et coll., 2014 ; Rogers, 2016 ; Sved Williams et coll., 2021 ; Yelland et coll., 2015) à l'aide d'échelles d'évaluation standardisées (Tableau 2).

Les auteurs se sont appuyés sur des échelles de comparaison variées : pour les interactions mère-bébé les échelles *Maternal Postnatal Attachment Scale* (MPAS) (Doaltabadi et Amiri-Farahani, 2021) et *Parental Reflective Functioning Questionnaire* (PRFQ) centrées sur la réponse émotionnelle et la capacité réflexive de la mère (Luyten et coll., 2017), ainsi que le *CARE-Index* (centré sur l'interaction en elle-même) (Crittenden, 2005) ; pour les comorbidités du TPL les auteurs ont étudié les échelles *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) (Montgomery et Asberg, 1979), *Edinburg Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Matsuoka et coll., 2020) (Cox, 1987), *Beck Anxiety Inventory* (BAI) (Julian, 2011) (Beck, 1988) et *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) (Lovibond et Lovibond, 1994).

Sved Williams et coll. (2021) ont testé l'efficacité de groupes thérapeutiques de dyades mère — bébé, basés sur la TCD, adaptée aux particularités des mères TPL (régulation émotionnelle des nourrissons, développement des compétences relationnelles), et qui s'appuient sur différentes ressources comme la pleine conscience, les notions de régulation émotionnelle et d'efficacité interpersonnelle selon Lynne Murray. Dominguez et coll. (2014) présentent le cas clinique d'une dyade suivie en thérapie conjointe mère-bébé et en thérapie individuelle pour la mère, de la naissance jusqu'aux 25 mois du nourrisson. Yelland et coll. (2015) présentent une étude quantitative descriptive sur les données d'hospitalisation de dyades en UMB pour des mères souffrant de

troubles mentaux sévères et leurs enfants de moins de 3 ans. Les mères reçoivent plusieurs traitements (en individuel, en groupe, psychothérapie mère-enfant, médicaments et électroconvulsivothérapie) lors des séjours qui durent en moyenne 22,34 jours. Rogers (2016) présente le programme *Mindfulness-Based Parenting Group Intervention for Mothers with Borderline Personality Disorder* (MPG-BPD): 4 mères TPL d'enfants âgés entre 1 et 10 ans assistent à 12 séances hebdomadaires de thérapies de pleine conscience.

– *Efficacité sur les interactions mère-bébé :*

L'étude de Yelland et coll. (2015) analyse l'efficacité d'une hospitalisation dans une UMB australienne au travers d'une cohorte de 117 dyades. Après un séjour de 22,34 jours en moyenne, l'échelle MPAS est significativement améliorée. Rogers (2016) étudie l'efficacité du programme MPG-BPD en mesurant plusieurs échelles en préprogramme, postprogramme et 6 mois après: l'auteur repère, pour 7 dyades, une amélioration significative du score de l'échelle PRFQ entre les mesures postprogramme et 6 mois après, et une diminution significative « des restrictions de rôle du parent » qui est une sous-échelle du *Parenting Stress Index* (PSI) (Abidin, 1995) entre les mesures préprogramme et 6 mois après. Sved Williams et coll. (2021) étudient l'efficacité du programme *Mother-Infant Dialectical Behavior Therapy* (MI-DBT). À la fin du programme, les auteurs relèvent une amélioration significative des échelles *Parenting Sense of Competence scale* (PSOC) (Johnston et Mash, 1989), PRFQ, PSI-4F (PSI short-form) et *Nursing Child Assessment Satellite Training, Teaching Scale 2de edition* (NCAST 2nd Ed.) (Oxford et Finlay, 2013) avec une taille d'effet modérée.

– *Efficacité sur les comorbidités du TPL :*

Les différents auteurs se sont intéressés à la symptomatologie dépressive maternelle et aux troubles anxieux associés. Trois équipes relèvent une amélioration de la symptomatologie dépressive via des échelles standardisées: EPDS pour Yelland et coll. (2015) et Sved Williams et coll. (2021), DASS pour Rogers (2016); seuls Dominguez et coll. (2014) repèrent une aggravation de la symptomatologie dépressive via l'échelle MADRS. Deux équipes repèrent une diminution significative de l'anxiété chez les mères: BAI pour Yelland et coll. (2015) et Sved Williams et coll. (2021).

– *Efficacité sur la qualité de vie des mères TPL :*

Aucune équipe n'a analysé cet élément.

Selon les articles, les effets bénéfiques sur les interactions mère-bébé apparaissent en général après plusieurs semaines de traitement (22 jours pour une hospitalisation mère-bébé, jusqu'à 22 mois pour des séances de cothérapie en ambulatoire). Pour le programme MPG-BPD de Rogers (2016) les effets semblent persister dans le temps (6 mois après l'intervention). (Voir tableau 2 en annexe)

DISCUSSION

Notre revue de la littérature relève plusieurs interventions qui essaient d'agir sur les particularités des mères TPL et de leur bébé, telles que les difficultés de mentalisation et les troubles de la fonction réflexive chez les mères (Perez, 2018; Markin, 2013), la dysrégulation émotionnelle (Sved Williams et coll., 2021; Rosenbach et coll., 2020) et le retrait relationnel chez certains nourrissons (Sved Williams et coll., 2021). À notre connaissance, il n'y a pas de revue de la littérature similaire dans les principales bases de données scientifiques. Toutes ces interventions ont pour but d'accompagner les mères dans leur accès à la parentalité. L'enjeu pour les mères TPL est d'acquérir les mêmes fonctions parentales que des parents sans trouble mental. Comme énoncé plus haut, les mères s'appuient sur leur sensibilité à leur bébé et leur capacité de mentalisation pour réguler les comportements et les émotions de leur nourrisson. Or les mères TPL auraient une sensibilité au bébé diminuée et elles interpréteraient les émotions neutres de leur nourrisson comme des émotions tristes, ce qui pourrait engendrer des difficultés d'ajustement dans la relation (Petfield et coll., 2015). De plus, les comorbidités que peuvent présenter ces mères pourraient complexifier la prise en charge. Pour exemple, Kienast et coll. (2014) soulignent la problématique des comorbidités addictives qui majoreraient l'impulsivité des patients et qui diminueraient les chances de rémission. On rappelle que selon Viteri et coll. (2015), l'alcool et le tabac pendant la grossesse auraient des conséquences sur le développement psychomoteur du bébé et des enfants plus âgés. Ceci est d'autant plus problématique que, dans les études répertoriées, nous n'avons pas retrouvé d'outils pour évaluer les comorbidités des mères TPL. De tels outils devraient, à notre sens, être développés dans les futures recherches.

Avec l'essor de la clinique périnatale, les équipes ont développé des soins variés en fonction de leurs références théoriques et de leurs ressources propres. Plusieurs articles témoignent d'expériences d'accompagnement d'une dyade avec une mère TPL, le dispositif de soin ayant été pensé spécifiquement pour la situation rapportée, dans d'autres cas des interventions ont été pensées spécifiquement pour les mères TPL, les plus récentes s'appuient sur les TDC. Il nous apparaît important de souligner que le nombre d'articles s'inspirant de la théorie de l'attachement semble faible alors même que les mères TPL présentent des troubles de la sensibilité aux signaux de leur bébé (Petfield et coll., 2015) et/ou des interactions précoces douloureuses dans leur histoire infantile (Winsper, 2017). Moog et coll. (2018) ont mené une étude longitudinale prospective sur une population de mères enceintes, puis sur leurs bébés, et ont montré qu'il y aurait un lien entre expériences infantiles traumatiques chez les mères (abus et négligences physiques et émotionnels, violences sexuelles) et anomalies cérébrales chez leurs bébés (diminution de la taille du cerveau, dont la matière grise) comparés à des nourrissons de mères n'ayant pas eu de traumatisme dans l'enfance. Ceci devrait être pris en compte pour ajuster les soins chez les mères TPL ayant vécu des traumatismes. Dans notre étude, nous avons repéré essentiellement 3 auteurs qui semblent s'être inspirés de ces derniers modèles (Chlebowski, 2013, avec la thérapie dyadique, Perez, 2018, qui présente le cas clinique d'une psychothérapie parents-enfant, et Sved Williams et coll., 2021, lors des séances de groupes thérapeutiques basés sur la TCD).

Les soins conjoints mère-bébé ont été privilégiés par certains auteurs avec un travail spécifique sur les interactions, cela permet de suivre et de soutenir l'évolution du bébé et de prendre en compte, précocement, d'éventuels signes de retrait. De plus, certaines de ces interventions dyadiques s'appuient sur des séances de jeux avec les bébés (Thérapie WWW, GI, groupes thérapeutiques basés sur la TCD de Sved Williams et coll., 2021) ce qui permet de favoriser la notion de plaisir dans les interactions. Cette notion de plaisir partagé est essentielle, car il existe une influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et celle de la mère, c'est ce que Stern appelle « l'accordage affectif ». Lorsque la tonalité globale affective des échanges entre mère et bébé est positive, cela est source de plaisir, de bien-être, de sécurité, procure à chacun le sentiment d'être compris et soutient l'attachement affectif. De plus, ces séances permettent à chaque membre de la dyade de tenir un rôle actif dans les interactions, tout en étant guidé par les thérapeutes.

Nous allons tenter de dégager quelques points qui semblent importants dans les soins conjoints/centrés sur la dyade.

La temporalité des interventions

Un des éléments primordiaux à retenir est que les interventions, aussi variées soient-elles, présentent quelques ingrédients communs tels qu'une mise en place précoce, dès les premiers mois du nourrisson (voire dès la grossesse pour l'étude de Wendland et coll., 2014 par exemple), un rythme de soins intensifs pour plusieurs programmes (séances hebdomadaires pour les interventions de Baradon et coll., 2010; Dominguez et coll., 2014; Wendland et coll., 2014; Renneberg et coll., 2016; Rogers, 2016), et des suivis s'étalant de quelques semaines (22 jours environ pour l'article de Yelland et coll.) à plusieurs mois, voire années (Wendland et coll., 2014).

Ceci est conforme avec les recommandations australiennes de 2017 qui préconisent des actions dès la période préconceptionnelle.

Un soin conjoint particulier, la cothérapie :

Permet de soigner l'alliance thérapeutique

Pour les dyades dont la mère rencontre des difficultés à penser son nourrisson comme un être séparé et différent d'elle, les cothérapies permettent, à la fois à la mère et au bébé, d'occuper un espace thérapeutique propre où leurs émotions et pensées sont soutenues par chacun des thérapeutes, puis verbalisées à l'autre partenaire de la dyade. La mère portée par le thérapeute peut ainsi porter son nourrisson dans son développement moteur, affectif et cognitif (Le Nestour et coll., 2007; Wendland et coll., 2014; Perez, 2018). Cependant, les thérapeutes doivent veiller à adopter la juste distance relationnelle avec les mères TPL qui rentrent souvent dans des relations interpersonnelles instables, éprouvantes pour les soignants. Ainsi, les auteurs proposent des interventions pluriprofessionnelles pour éviter que les mères investissent un seul thérapeute qu'elles idéaliseraient ou rejetteraient. Effectivement, le risque des interventions avec un thérapeute unique est que la mère se sente rejetée et abandonnée durant les séances (Apter-Danon et Candilis, 2005), voire qu'elle rentre en compétition avec le bébé vis-à-vis du thérapeute.

Permet de soutenir les interactions précoces

Le principe des cothérapies paraît particulièrement adapté pour analyser puis traiter les troubles des interactions précoces à plusieurs niveaux (comportemental, affectif et fantasmatique) (Le Nestour et coll., 2007).

Les autres interventions centrées sur la dyade ont également l'avantage de permettre d'analyser les interactions mère-bébé de manière plus fine et ainsi d'agir sur certaines difficultés précises, comme les troubles des interactions comportementales (Apter-Danon et Candilis-Huisman, 2005) et/ou les troubles des interactions affectives (Perez, 2018).

Les soins centrés sur les mères seules

Concernant les interventions centrées sur les mères seules, elles présentent l'avantage de s'inspirer des psychothérapies, pour la plupart validées chez les patients TPL (TCD, dont la Thérapie de pleine conscience), sur lesquelles les auteurs s'appuient pour aider les mères TPL à appréhender leurs difficultés (comme soutenir la régulation émotionnelle de leur nourrisson) (Sved Williams et coll., 2021). Il s'agit d'un travail de psychoéducation autour des soins primaires et des besoins de base d'un enfant (Renneberg et Rosenbach, 2016). Certaines interventions pour les mères uniquement permettent des soins très personnalisés pour des difficultés bien spécifiques (abus de substance) (Gentile, 2015). Cependant, ces interventions ne permettent pas d'observer directement les interactions précoces; ceci pourrait diminuer la possibilité de personnaliser le soin de chaque dyade et pourrait empêcher le repérage des bébés en souffrance.

En ce qui concerne l'efficacité des interventions, seulement 4 études ont étudié l'efficacité de leur programme. Les résultats de l'étude de Sved Williams et coll. (2021) sont encourageants tant pour les comorbidités du TPL que pour la qualité des interactions précoces mère-bébé. Cependant, on regrette l'absence d'évaluation de l'efficacité sur la qualité de vie des mères TPL, en effet cet indicateur, fréquemment retrouvé dans les études autour des personnes souffrant de TPL, apparaît primordial pour soutenir les mères dans leur parentalité et le soin de leur trouble.

Concernant les recommandations nationales, l'Australie et la Suisse mettent en avant l'importance d'un travail pluriprofessionnel et précoce, dès la grossesse. Deux articles de Sved Williams et Apter (2017

et 2018) publiés dans des revues australiennes reprennent une partie des recommandations australiennes pour proposer un guide de prise en charge des mères TPL pour les médecins généralistes. Malgré cela, on note une absence de consensus international sur les soins des mères TPL en périnatalité, alors même que ce trouble est fréquent et grave et que ses effets sur les interactions mère-bébé sont bien documentés.

Cette revue de la littérature a plusieurs limites. D'abord la lecture des articles qui s'est principalement basée sur le premier auteur, car nous n'avons pas pu solliciter un deuxième lecteur pour confronter les différentes sélections. De plus, les requêtes utilisées dans les bases de données n'ont pas permis de regrouper l'ensemble des articles traitant d'interventions auprès de mères TPL en période périnatale, et certains articles retrouvés dans les ressources n'étaient pas disponibles (extraits de conférence par exemple). Par ailleurs, même s'il ne s'agissait pas de l'objectif principal de cette étude, on regrette que seulement 4 équipes aient étudié l'efficacité à moyen et à long terme de leurs soins. Ainsi, il nous apparaît important de continuer les investigations, notamment au travers d'une revue systématique de la littérature.

CONCLUSION

On peut retenir que les interventions auprès des mères TPL en période périnatale s'appuient sur des modèles théoriques réflexifs ou en lien avec la dérégulation émotionnelle. Notre revue témoigne de la volonté de plusieurs auteurs d'apporter des soins adaptés à ces mères et à leurs bébés, dans un contexte où il existe encore peu de consensus nationaux sur la prise en charge de ces dyades. Nous soulignons quelques éléments communs aux interventions recensées : précocité des soins, dès les premiers mois du nourrisson ou durant la grossesse ; pluridisciplinarité (professionnels de santé mentale et de la petite enfance) ; intensité du suivi ; diversité de sa durée (quelques semaines à plusieurs années). Aucune conclusion ne peut être faite sur l'efficacité des interventions au vu du faible nombre d'articles ayant analysé cet élément. Ainsi, il apparaît important de pouvoir continuer les recherches concernant l'efficacité des différentes interventions développées, afin de pouvoir élaborer des recommandations plus spécifiques concernant la prise en charge des mères TPL et de leur bébé en période périnatale. Par ailleurs, le rôle du père dans les dispositifs de soin n'a pas été abordé, mais serait intéressant à prendre en compte.

RÉFÉRENCES

- Ajetunmobi, O., Taylor, M., Stockton, D. et Wood, R. (2013). Early death in those previously hospitalized for mental healthcare in Scotland: A nationwide cohort study, 1986-2010. *BMJ Open*, 3(7).
- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5®)* (5^e éd.).
- Apter-Danon, G. et Candilis-Huisman, D. (2005). A challenge for perinatal psychiatry: therapeutic management of maternal borderline personality disorder and their very young infants. *Clinical Neuropsychiatry*, 2(5), 302-314.
- Australian Government Department of Health. (2020). *Clinical Practice Guidelines Pregnancy Care 2020 Edition*. Australian Government Department of Health. <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/11/pregnancy-care-guidelines-pregnancy-care-guidelines.pdf>
- Aylward, P. (2019). An integrated group parenting model for mums with mental health issues and their babies: Findings from a participatory action research evaluation of the South Australian ACORN Program. *International Journal of Integrated Care*, 19(1), 1-8.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H. et Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Baradon, T. et Bronfman, E. (2010). Contributions of, and divergences between, clinical work and research tools relating to trauma and disorganization. *Relational trauma in infancy: Psychoanalytic, attachment and neuropsychological contributions to parent-infant psychotherapy* (p. 163-179).
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595-613.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, T. M., Zanarini, M. C., Oldham, J. M. et Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(2), 295-302.
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C. et Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 398, 1528-1540.
- Centre of Perinatal Excellence (2017, Octobre). *Mental Health Care in the Perinatal Period Australian Clinical Practice Guideline*. Centre of Perinatal Excellence. https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline_Final-2018.pdf
- Chlebowski, M. (2013). The borderline mother and her child: A couple at risk. *American Journal of Psychotherapy*, 67(2), 153-164.
- Crandell, L. E., Patrick, M. P. H. et Hobson, P. (2003). "Still-face" interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 183, 239-247.
- Crittenden, P. (2005). Using the CARE-Index for screening, intervention, and research. *Frühförderung interdisziplinär*, 24, 99-106.
- Derijard-Kummer, M. (2017). Accès à la parentalité des femmes souffrant d'un trouble de la personnalité de type borderline-interactions précoces et

- attachement: une revue non systématique de la littérature [thèse de doctorat, Université de Bordeaux U.F.R des Sciences médicales, France]. Dépôt universitaire de mémoire après Soutenance. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01468857>
- Doaltabadi, Z. et Amiri-Farahani, L. (2021). The effect of in-person and virtual prenatal care education of the spouses of primiparous women on the father and mother's attachment to infant: a quasi-experimental and controlled study. *Trials*, 22(1), article 588.
- Dominguez, S., Apter, G. et Devouche, E. (2014). Le suivi précoce d'une mère borderline et déprimée et de son bébé. L'interaction sous les regards croisés du clinicien et du chercheur. *Devenir*, 26 (2), 81-103.
- Euler, S., Dammann, G., Endtner, K., Leihener, F., Perroud, N. A., Reisch, T., Schmeck, K., Sollberger, D., Walter, M. et Kramer, U. (2017). *Recommandations de traitement de la SSPP pour le trouble de la personnalité borderline*. Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie. <https://cmappublic3.ihmc.us/rid=1VG88DMKW-9S9RV3-12K/Recommandations%20SSPP.pdf>
- Eyden, J., Winsper, C., Wolke, D., Broome, M. R. et Maccallum, F. (2016). A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 47, 85-105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.002>
- Florange, J. G. et Herpertz, S. C. (2019). Parenting in patients with borderline personality disorder, sequelae for the offspring and approaches to treatment and prevention. *Current Psychiatry Report*, 21, article 9.
- Genet, M. -C., Golse, B., Devouche, E. et Apter, G. (2014). Psychopathologie, attachement et devenir des enfants de mères présentant un trouble de personnalité borderline/état limite: une revue de la littérature. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 57 (1), 259-329.
- Gentile, S. (2015). Pharmacological management of borderline personality disorder in a pregnant woman with a previous history of alcohol addiction: A case Report. *Clinical Drug Investigation*, 35(11), 761-763.
- Glangeaud-Freudenthal, N., M.-C. et The MBU-SMF Working Group. (2003). Mother-Baby psychiatric units (MBUs): National data collection in France and in Belgium (1999-2000). *Archives of Women's Mental Health*, 26(4), 215-223.
- Gosselin, C. (2000). Fonction des comportements parentaux: révision de la notion de sensibilité maternelle. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (2), 103-111.
- Gross, R., Olsson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Lantigua, R. et Weissman, M. M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives Internal Medicine*, 162(1), 53-60.
- Holman, S. L. (1985). A group program for the borderline mothers and their toddlers. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 79-93.

- Hobson, R. P., Patrick, M., Crandell, L., Garcia-Perez, R. et Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(2), 329-347.
- Infurna, M. R., Fuchs, A., Fischer-Waldschmidt, G., Reichl, C., Holz, B., Resch, F., Brunner, R. et Kaess, M. (2016). Parents' childhood experiences of bonding and parental psychopathology predict borderline personality disorder during adolescence in offspring. *Psychiatry Research*, 246, 373-378.
- Johnston, C. et Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal Clinical Child Psychology*, 18, 167-175.
- Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care and Research*, 63(11), 467-472.
- Kemp, J. V. A., Bernier, E., Lebel, C. et Kopala-Sibley, D. C. (2022). Associations between parental mood and anxiety psychopathology and offspring brain structure: A scoping review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25, 222-247.
- Kienast, T., Stoffers, J., Bempohl, F. et Lied, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction. *Deutsches Arzteblatt International*, 111(16), 280-286.
- Le Nestour, A., Apter, G., Heroux, C., Mourgues, B. et Patouillot-Slatine, I. (2007). Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 50 (1), 125-177.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. et Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Lemoigne, S. (2019). Interactions précoces : synthèse des connaissances actuelles et revue non exhaustive de la littérature sur l'efficacité des méthodes de soins [thèse de doctorat, Université de Bordeaux U.F.R des Sciences médicales, France]. Dépôt universitaire de mémoire après soutenance. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02088985>
- Lovibond, P. F. et Lovibond, S. H. (1994). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L. et Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLoS ONE*, 12(5).
- Markin, R. D. (2013). Mentalization-based psychotherapy interventions with mothers-to-be. *Psychotherapy*, 50, 360-365.
- Matsuoka, H., Iwami, S., Maeda, M., Suizu, A. et Fujii, T. (2020). Edinburgh Postnatal Depression Scale scores at 2-week post-partum may reflect those at 4-week post-partum: A single-center retrospective observational study. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 47(2), 508-514.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A. et PRISMA-P Group. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews Journal*. <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/4/1/1>
- Montgomery, S. A., Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.

- Moog, N. K., Entringer, S., Rasmussen, J. M., Styner, M., Gilmore, J. H., Kathmann, N., Heim, C., Wadhwa, P. D. et Buss, C. (2018). Intergenerational effect of maternal exposure to childhood maltreatment on newborn brain anatomy. *Biological Psychiatry*, 83(2), 120-127.
- Moralès-Huet, M., Rabouam, C. et Guedeney, N. (2004). Psychothérapies précoces parents-bébé. *EMC-Psychiatrie*, 1, 43-51.
- Nagel, K., Thomson, R., Judd, F., et Lorimer, S. (2021). Prevalence and characteristics of women with borderline personality pathology referred to a perinatal consultation liaison service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(9), 911-918.
- Newman, L. et Stevenson, C. (2005). Parenting and Borderline Personality Disorder: Ghosts in the Nursery. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(3), 385-394.
- Oxford, M. L. et Findlay, D. M. (2013). *NCAST Caregiver/Parent-Child Interaction Teaching Manual*, 2nd edn. University of Washington, School of Nursing, Seattle: NCAST Programs.
- Perez, A. (2018). From pathological merger to a reflective, triangular space: Parent-infant psychotherapy with a mother with borderline personality disorder. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 17(1), 15-27.
- Petfield, L., Startup, H., Droscher, H. et Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence-Based Mental Health*, 18(3), 65-75.
- Renneberg, B. et Rosenbach, C. (2016). “There is not much help for mothers like me”: Parenting skills for mothers with borderline personality disorder—a newly developed group training program. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(16).
- Rogers, N. C. (2016). Mindful parenting group intervention for mothers with borderline personality disorder traits: program development and evaluation [thèse de doctorat, School of Psychology, Faculty of Health, Arts and Design, Swinburn University of Technology, Australie. www.google.ca. <https://researchbank.swinburne.edu.au/file/96cc989c-4552-46a0-86f1-daa355001dc0/1/Natasha%20Catherine%20Rogers%20Thesis.pdf>
- Rosenbach, C., Buck-Horstkotte, S. et Renneberg, B. (2020). *Parenting Skills for Mothers with Borderline Personality Disorder: A Group Training*. <http://dx.doi.org/10.17169/refubium-26189>
- Rouillon, L., Cailhol, L., Raynaud, J. – P., Hazane, F., Carpentier, L. et Garrido, C. (2012). Les mères *borderline*: comprendre et soutenir les interactions avec leur(s) enfant(s). *L'Information psychiatrique*, 88 (3), 187-193.
- Shah, R. et Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of borderline personality disorder: Current status and future directions. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 583-593.
- Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B. et Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, A *Journal of Psychiatric Neuroscience and Therapeutics*, 51(12), 951-963.
- Steele, K. R., Townsend, M. L. et Grenyer, B. F. S. (2019). Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLoS One*, 14(10).

- Sved Williams, A. et Apter, G. (2017). Helping mothers with the emotional dysregulation of borderline personality disorder and their infants in primary care settings. *Australian Family Physician*, 46(9).
- Sved Williams, A. E., Yelland, C. et Hollamby, S. (2017). *Borderline personality disorder in perinatal families* [résumé de la communication]. RANZCP Conference
- Sved Williams, A. et Apter, G. (2018). Infants of emotionally dysregulated or borderline personality disordered mothers: Issues and management in primary care. *Formerly Australian Family Physician*, 47(4).
- Sved Williams, A., Osborn, A., Yelland, C. et Hollamby, S. (2021) Changing inter-generational patterns of emotional dysregulation in families with perinatal borderline personality disorder. *Archives of Women's Mental Health*, 24, 641-648.
- Teng, J. Y., Yin Ing Chee, C., Chong, Y-S., Lee, L. Y., Yong, E. L., Chi, C. et Broekman, B. (2016). A suicidal pregnant patient's request for premature cesarean section: clinical and ethical challenges. *Journal of Affective Disorders*, 194, 168-170.
- Vesga-Lopez, O., Blanco, C., Keyes, K., Olsson, M., Grant, B. F. et Hasin, D. S. (2008). Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 805-815.
- Viteri, O. A., Soto, E. E., Bahado-Singh, R. O., Christensen, C. W., Chauhan, S. P. et Sibai, B. M. (2015). Fetal anomalies and long-term effects associated with substance abuse in pregnancy: a literature review. *American Journal Perinatology*, 32(5), 405-416.
- Volkert, J., Gablonski, T. – C. et Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709-715.
- Wagner, T., Assmann, N., Köhne, S., Schaich, A., Alvarez-Fischer, D., Borgwardt, S., Arntz, A., Schweiger, U. et Fassbinder, E. (2021). The societal cost of treatment-seeking patients with borderline personality disorder in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 272(4), 741-752
- Wendland, J., Brisson, J., Medeiros, M., Camon-Sénéchal, L., Aidane, E., David, M., Serres, J., Cohen, D. et Rabain, D. (2014). Mothers with borderline personality disorder: Transition to parenthood, parent-infant interaction, and preventive/therapeutic approach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(2), 139-153.
- Winsper, C. (2017). The aetiology of borderline personality disorder (BPD): contemporary theories and putative mechanisms. *Current Opinion in Psychology*, 21, 105-110.
- Yelland, C., Girke, T.Tottman, C. et Sved Williams, A. (2015). Clinical characteristics and mental health outcomes for women admitted to an Australian Mother-Baby Unit: a focus on borderline personality disorder and emotion dysregulation? *Australasian Psychiatry*, 23(6), 683-687.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Henne, J. et Silk, K. R. (2004). Mental health utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 28-36.

TABLEAU 1

Types d'intervention

(NR: Non renseigné)

Auteurs	Revue	Année	Intervention								Durée	Cadre
			Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes		Mères seules	Patients				
					Nombre	Qualification		Dyade mère-bébé				
								Nombre	Âge et sexe bébés			
Holman, S. L.	International Journal of Group Psychotherapy	1985	Un programme de traitement en groupe pour des mères TPL avec des enfants âgés entre 12 et 36 mois	Groupe	2	NR pour le thérapeute du groupe des mères. 1 enseignant de maternelle pour le groupe des enfants	Non	5 mères et 6 bébés	16, 27, 28, 29 et 32 mois ; 2 filles et 4 garçons	6 mois	Sélection patients : enfants âgés entre 12 et 36 mois et mères repérées par les services sociaux en Angleterre (Family Service Agency) pour des problèmes de dépression, de troubles narcissiques ou de difficultés de séparation. Déroulement séances : 21 sessions de 1 heure à 1 heure 30 avec 5 mères et 6 enfants au début du programme. Division du groupe en 2 sous-groupes : 1 sous-groupe de mères et 1 sous-groupe d'enfants avec 2 thérapeutes différents, mais dans la même pièce (un coin aménagé pour les enfants avec des jouets et un coin aménagé autour d'une table pour les mères). Pour les enfants séances de jeu libre avec aide par le thérapeute si besoin et possibilité d'aller solliciter leur mère. Pour les mères discussion autour d'une table, supervisée par le thérapeute.	
Apter-Danon, G. et Candilis-Huisman, D.	Clinical Neuropsychiatry : Journal of treatment evaluation	2005	Présentation d'une thérapie mère-bébé en trois phases basées sur plusieurs modèles de psychothérapies mère-bébé	Individuel	Au moins 1 par phase	Psychomotricien pour la phase 1 ; NR pour les autres	Non	NR	NR	2 ans maximum	Sélection patients : NR. Déroulement séances : psychothérapie mère-bébé en 3 phases, avec la collaboration d'un psychomotricien : Phase 1 : séances hebdomadaires avec l'intervention du psychomotricien, puis une fois que le nourrisson a acquis la marche ; Phase 2 : psychothérapie mère-bébé seule sans l'intervention du psychomotricien ; et enfin Phase 3 : psychothérapie mère-bébé et psychothérapie mère seule avec 1 autre psychothérapeute (si la mère ne souhaite pas de suivi individuel la thérapie s'arrête). La présence d'un psychomotricien qui travaille directement auprès de l'enfant aide à soutenir son développement psychomoteur, cela lui permet également de faire l'expérience d'une interaction synchrone et positive, où la mère est d'abord observatrice puis progressivement actrice. Favoriser le développement psychomoteur du bébé a un impact positif sur la mère et sur les interactions dyadiques. Afin d'éviter un sentiment de rejet chez la mère des débriefings sont prévus après chaque séance où le psychomotricien est présenté comme un spécialiste de l'enfant qui agit sur les difficultés de l'enfant et non sur celles de la mère.	

Newman, L. et Stevenson, C.	Clinical Child Psychopathology and Psychiatry	2005	Thérapie « Watch, Wait and Wonder » (WWW) ; Guidance interactionnelle (GI) ;	NR	1 thérapeute pour WWW et GI	NR	Non	NR	NR	NR	WWW : l'enfant initie un jeu spontanément, la mère regarde son enfant jouer et elle ne joue que sur sollicitation de ce dernier. À la fin de la session, la mère discute avec le thérapeute pour comprendre les thèmes et les problèmes relationnels apparus durant la séance. Cette partie de l'intervention permet également de discuter avec la mère des enjeux intergénérationnels ayant un impact sur sa relation avec son enfant. GI : session en 3 phases (interaction mère-enfant filmée, puis vidéo visionnée par la mère et le thérapeute, puis conclusion avec la mère et le thérapeute). Cette intervention a été développée pour des familles qui ont du mal à s'engager dans des processus thérapeutiques. Le but est de permettre à la mère de prendre du plaisir dans l'interaction et de comprendre les comportements de son enfant via le jeu interactif. Durant les séances le thérapeute fait attention à 5 points pour la qualité de l'interaction : les partenaires parlent au même niveau sonore, se rapportent à la même chose, se relaient dans des échanges communicatifs, observent les signaux de l'autre et répondent de manière contingente.
Le Nestour, A. et coll.	La Psychiatrie de l'Enfant	2007	Thérapie conjointe mère-bébé à l'hôpital L'Aubier	Individuel	2	1 thérapeute psychanalyste (psychiatre ou psychologue) ; 1 cothérapeute éducatrice ou puéricultrice	Non	7	5 garçons âgés de 15 jours, 3 semaines, 2 mois, 2.5 mois et 18 mois, une fille âgée de 3 jours, et NR pour le dernier bébé	NR	Sélection patients : dyades hospitalisées à la maternité de l'Aubier. Déroulement séances : thérapie conjointe en maternité et/ou à domicile : Le cothérapeute (éducatrice ou puéricultrice) se centre sur le bébé, il focalise son attention sur le lien immédiatement construit par l'enfant dans ses interrelations aux parents et aux thérapeutes afin de soutenir l'expression et la nomination des affects perceptibles. Le thérapeute, lui (psychanalystes), déploie son attention sur l'interaction comportementale et fantasmatique parentale, afin de faire face à l'intensité transférentielle, mais également aux mécanismes défensifs dont le bébé peut vite devenir l'objet : clivage, idéalisation, déni.
Baradon, T. et coll.	Livre « Relational trauma in infancy : Psychoanalytic, attachment and neuropsychological contributions to parent-infant psychotherapy. »	2010	Psychothérapie mère-bébé avec utilisation des échelles AAI (Adult Attachment Interview) et AMBIANCE (Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification)	Individuel	1 à 2 selon les sessions	Psychothérapeutes	Non	1	1 garçon de 4 mois	8 mois environ	Sélection patients : une dyade mère-bébé. Déroulement séances : 30 sessions hebdomadaires de psychothérapie mère-bébé dans une salle de consultation avec Tessa Baradon, psychothérapeute. À la 2e séance passation de l'AAI par Tessa Baradon, en présence d'un second thérapeute (Mary Target) qui code l'AAI en parallèle. À la 10e et 30e séances codage de l'AMBIANCE par Elisa Bronfman. À chaque fois, et en plus des échelles, commentaires cliniques de chaque séance par Tessa Baradon.

Auteur	Revue	Année	Intervention								Durée	Cadre
			Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes		Patients					
					Nombre	Qualification	Mères seules	Dyade mère-bébé				
								Nombre	Âge et sexe bébés			
Chlebowski, S.M.	American Journal of Psychotherapy	2013	Thérapie dyadique	Individuel	NR	NR	Non	1	Un bébé de 3 mois	NR	Sélection patients : une dyade mère-bébé. Déroulement séances : thérapie dyadique : la mère a progressivement initier et pratiquer le contact visuel avec son bébé, elle s'est engagée dans l'interaction, encouragée par les sourires et les vocalisations de ce dernier ; ceci a permis de développer un lien d'attachement, différent de ceux que la mère avait connus jusque là.	
Markin, R. D.	Psychotherapy (Chic)	2013	Thérapies basées sur la mentalisation	Individuel	1	Psychothérapeute	Oui	NA	NA	NR	Sélection patients : il n'est pas précisé si les patientes de cet article souffrent de TPL, mais l'auteur précise que ces psychothérapies peuvent être utilisées chez des patientes souffrant de TPL. Déroulement séances : 3 types de psychothérapies individuelles basées sur la mentalisation pendant la grossesse : mentalisation du fœtus en tant qu'individu séparé et possédant des états mentaux uniques ; mentalisation de soi en tant que mère, réflexion sur l'identité maternelle ; mentalisation de la relation mère-fœtus et de l'attachement maternel au fœtus.	
Domingez, S. et coll.	Devenir	2014	Suivi d'une dyade de la naissance jusqu'aux 25 mois de l'enfant par une équipe de psychiatrie périnatale	Individuel	2	Un psychiatre et une puéricultrice	Mère seule pour Psychothérapie individuelle avec le psychiatre	1	Mère et bébé garçon pour Thérapie conjointe par le psychiatre et la puéricultrice pour la dyade mère-bébé	25 mois	Sélection patients : une dyade mère-bébé rencontrée en maternité. Déroulement séances : suivi initié à la maternité, puis visites à domicile (foyer maternel) par les mêmes thérapeutes pendant 4 mois, puis séances hebdomadaires de cothérapie dans un centre de soin public et psychothérapie individuelle pour la mère avec un psychiatre. Aux 9 mois du bébé, la mère a été hospitalisée pour aggravation d'un syndrome dépressif pendant 10 jours, pendant ce temps le bébé a été gardé à la crèche du foyer maternel et un soutien du père a été organisé. Puis les parents et le bébé ont été installés dans un logement autonome aux 14 mois du bébé. Le suivi a été poursuivi par une unité mobile de psychiatrie périnatale (PPUMMA) pour une thérapie individuelle de la mère 1 fois tous les 15 jours et poursuite de la cothérapie jusqu'aux 2,5 ans de l'enfant.	

Wendland, J. et coll.	Clinical Psychology : Science and Practice	2014	Suivi d'une dyade mère-bébé de la grossesse jusqu'aux trois ans de l'enfant dans une unité de santé mentale parent-enfant	Individuel et Groupe	1) Grossesse : 1 pédopsychiatre. 2) De la naissance jusqu'aux 6 mois de l'enfant : 1 pédopsychiatre, plusieurs puéricultrices, 1 assistante maternelle. 3) De 6 mois jusqu'au 1 an de l'enfant : 1 pédopsychiatre, 1 puéricultrice, 1 psychologue (psychothérapeute), 1 assistante sociale. 4) Deuxième année de vie de l'enfant : 1 psychologue et 1 puéricultrice (cothérapie), 1 psychiatre adulte, 1 éducateur et 1 assistante sociale à domicile	Pédopsychiatre, Puéricultrice, Psychologue, Assistante sociale, Educateur, Psychiatre adulte	Mère seule pendant la grossesse et psychothérapie individuelle aux 2 ans de l'enfant	1	Mère et bébé fille pour les consultations avec le pédopsychiatre et la puéricultrice, pour le groupe parent-enfant, pour les séances de cothérapie, pour la mesure judiciaire de suivi à domicile	Du 6e mois de grossesse aux trois ans de l'enfant	Sélection patients : une dyade mère-bébé dans un centre de santé mentale parent-enfant. Déroulement séances : 1) Grossesse : suivi individuel de la mère par 1 pédopsychiatre 1 fois par semaine; 2) De la naissance jusqu'aux 6 mois de l'enfant : consultations hebdomadaires de la dyade avec 1 pédopsychiatre; consultations hebdomadaires avec 1 puéricultrice (psychoéducation); participation 1 fois par semaine ou plus à un groupe de guidance parent-enfant (assistance, guidance et réassurance). Aide d'une assistante maternelle pour garder l'enfant 5 jours et 2 nuits par semaine; 3) De 6 mois jusqu'au 1 an de l'enfant : consultations hebdomadaires avec un pédopsychiatre; consultations hebdomadaires avec une puéricultrice; psychothérapie analytique mère-enfant avec un psychologue (analyse des vidéos des séances avec la mère et le thérapeute); consultations avec une assistante sociale; 4) Deuxième année de vie de l'enfant : cothérapie psychologue et puéricultrice; psychothérapie individuelle de la mère avec 1 psychiatre adulte; mesure judiciaire d'aide éducative et sociale à domicile
Yelland, C. et coll.	Australasian Psychiatry	2015	Hospitalisation en unité mère-bébé (Australie) des dyades dont les mères souffrent de troubles mentaux, dont le TPL	NR	NR	Psychiatre et étudiant en psychiatrie (pour le diagnostic de TPL)	Non	117 dyades recrutées	NR	22,34 jours (moyenne)	Sélection patients : 117 dyades mère-bébé avec des mères souffrant de troubles mentaux, dont le TPL. Déroulement séances : hospitalisation en unité mère-bébé (Adélaïde, Australie du Sud). Évaluation diagnostique par un psychiatre à l'entrée (critères cliniques et DSM-IV), confirmation diagnostique à la sortie à l'aide du compte-rendu d'hospitalisation. Pendant le séjour les mères bénéficient de psychothérapie individuelle et en groupe, de psychothérapie mère-bébé, du soutien des infirmiers et des autres soignants, si besoin traitement médicamenteux et électroconvulsivothérapie. Les échelles EPDS, BAS, MSI-BPD et MPAS sont remplies par les mères à l'entrée et à la sortie pour évaluer l'efficacité de l'hospitalisation.

Auteur	Revue	Année	Intervention								Durée	Cadre
			Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes		Patients					
					Nombre	Qualification	Mères seules	Dyade mère-bébé				
Nombre	Âge et sexe bébés											
Gentile, S.	Clinical Drug Investigation	2015	Traitement pharmacologique d'une mère TPL avec addiction à l'alcool pendant la grossesse	Individuel	Un	Psychiatre avec compétences en périnatalité	Oui	NA	NA	Environ 7 mois (des 6 mois de grossesse aux 4 mois de l'enfant)	Sélection patients : une femme enceinte TPL souffrant d'addiction à l'alcool. Déroulement séances : consultation à la maternité à 6 mois de grossesse pour adaptation thérapeutique médicamenteuse. En parallèle, la mère est accueillie dans un centre de réhabilitation spécialisé dans la prise en charge des patients présentant un « double » diagnostic (TPL et addiction à l'alcool). Après l'accouchement, la mère bénéficie d'une psychothérapie cognitivo-comportementale.	
Renneberg, B. et coll.	Borderline Personality Disorder Emotional Dysregulation	2016	Programme d'entraînement « Compétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limite »	Groupe	Deux	Thérapeutes femmes expérimentées dans le TPL	Oui	NA	NA	12 semaines	Sélection patients : 3 groupes de 4 mères TPL et 1 groupe de 3 mères TPL. Déroulement séances : 12 séances hebdomadaires basées sur la Thérapie dialectique et comportementale. Un sujet par séance: psychoéducation, exercices de pleine conscience, besoins de base d'un enfant, structure et flexibilité, gestion du stress, gestion des conflits, gestion des émotions, le corps, prendre soin de soi.	
Teng, J.Y. et coll.	Journal of Affective Disorder	2016	Cas clinique de la prise en charge obstétricale et psychiatrique d'une femme enceinte TPL en crise suicidaire	Individuel	NR	Equipe d'obstétrique, psychiatre, psychiatres experts, équipe de néonatalogie, services de protection de l'enfance	Oui	NA	NA	Du 2e trimestre de grossesse jusqu'à l'accouchement	Sélection patients : une femme enceinte TPL en crise suicidaire. Déroulement séances : hospitalisation en maternité à 29 semaines d'aménorrhée (SA) après une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire et pour menace d'accouchement prématuré (MAP). Évaluation quotidienne par 1 psychiatre pour thérapie de soutien et évaluation quotidienne du risque suicidaire. Prescription de QUETIAPINE pour agitation et insomnie. Puis hospitalisation de la mère en psychiatrie et hospitalisation du bébé 6 semaines en néonatalogie. Après évaluation par 1 psychiatre, 1 travailleur social et 1 service de protection de l'enfance la garde du bébé a été donnée à la grand-mère maternelle. La mère a continué son suivi en psychiatrie ; le bébé a démarré un suivi médical devant le risque de trouble du neuro-développement.	

Rogers, N. C.	Thèse d'exercice, école de Psychologie, faculté de Santé, Arts et Design, Université de Swinburne de Technologie	2016	Programme « « Mindfull Parenting Group Intervention for Mothers with Borderline Personality Disorder Traits (MPG-BPD) » »	Groupe	Trois	Une psychologue clinicienne, deux jeunes diplômés en psychologie	Oui	NA	NA	12 semaines	Sélection patients : mères TPL (diagnostic DSM IV TR ou TPL infraclinique avec 3 ou 4 symptômes) ayant des enfants âgés entre 1 et 10 ans, et qui ne sont pas en période de crise. Déroulement séances : 12 sessions hebdomadaires de 2 heures : 5 à 20 minutes d'exercices de pleine conscience, débriefing sur la pratique de la pleine conscience, réflexion sur la séance précédente, introduction et discussion autour du sujet de la séance actuelle, pause, introduction de la prochaine séance, 5 à 20 minutes d'exercices de pleine conscience, brève réflexion sur l'exercice, mise en pratique au domicile entre les séances. Les exercices sont adaptés aux difficultés des participantes.
Sved Williams, A. et coll.	Australian and New Zealand Journal of Psychiatry	2017	Développement d'un protocole pour les mères TPL hospitalisées dans une unité mère-bébé du sud de l'Australie qui fournit un traitement, une psychoéducation et une planification de sortie appropriée. Développement d'un groupe spécialisé post-hospitalisation, thérapie comportementale dialectique mère-enfant (TDC-ME) pour les mères atteintes de TPL et leurs nourrissons.	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Perez, A.	Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy	2018	Cas clinique d'une psychothérapie parent-enfant (PPE)	Individuel	1	Psychothérapeute	Non	1	Un garçon âgé de 2,5 mois	Environ 11 mois	Sélection patients : une dyade dont la mère TPL présente une dépression du postpartum. Déroulement séances : au cours des premières séances la thérapeute avait du mal à accéder au bébé, ses commentaires étaient ignorés ou rejetés par la mère. Progressivement la thérapeute a placé le bébé au centre de la pièce, entre ses parents ; tout en identifiant et en faisant attention au sentiment de rejet de la mère. La thérapeute a identifié et verbalisé les pensées et émotions de la mère et du bébé, ainsi que les siens, pour permettre à la mère de penser, d'abord la thérapeute, puis le bébé, comme des individus différents d'elle, avec des émotions différentes. La mère a progressivement accepté les temps de séparation avec son fils, elle a pu mieux identifier ses émotions et ses besoins propres, et y répondre de manière plus ajustée. À la fin de la PPE les parents et le nourrisson ont été orientés vers un groupe parents-enfants pour continuer un soutien sur le plan psychoéducatif.

Auteur	Revue	Année	Intervention							Durée	Cadre
			Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes		Mères seules	Patients			
					Nombre	Qualification		Dyade mère-bébé			
				Nombre			Âge et sexe bébés				
Aylward, P.	International Journal of Integrated Care	2019	Programme The South Australia ACORN : programme de groupe de 15 semaines	Groupe	NR	Plusieurs professionnels dont des psychologues, travailleurs familiaux, thérapeutes via la danse et plusieurs volontaires dont certains sont des anciens bénéficiaires du programme.	NR	NR	NR	15 semaines	Sélection patients : mères avec des troubles mentaux, dont un tiers souffrent d'un TPL, et toutes ont des problèmes pour éduquer leur enfant et des difficultés d'attachement (250 mères bénéficiaires depuis le début du programme). Déroulement séances : programme de groupe de 15 semaines dans toute l'Australie métropolitaine et l'Australie du Sud. Les soins sont pluridisciplinaires et intégrés (thérapie par la danse, lettres thérapeutiques, etc.) avec une équipe pluriprofessionnelle. Objectifs du programme : améliorer le bien-être des participants, améliorer leur relation avec leurs enfants âgés entre 0 et 3 ans, améliorer les interactions mère-enfant pour renforcer la qualité des liens d'attachement, améliorer la confiance, les compétences et le plaisir des parents, améliorer les capacités d'adaptation et de résilience des mères, améliorer le sentiment d'autoefficacité des parents, établir et renforcer les liens sociaux et communautaires. Le programme a réalisé des mesures d'évaluation pré et postintervention, des mesures de suivis semestriels, des groupes de discussion et des entretiens avec les soignants pour analyser l'efficacité du programme.
Florange, J. G. et coll.	Current Psychiatry Report	2019	Description de trois approches thérapeutiques pour les mères souffrant de TPL : « Project Air », « Compétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limite » et programme de Sved Williams.A.E	Groupe et Individuel pour « Project Air »	NR	NR	Oui pour « Project Air » et pour « Compétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limite »	NR	Âge moyen 15,10 mois pour l'étude de Sved Williams.A.E	NR pour « Project Air ». 12 semaines pour « Compétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limite ». 24 semaines pour l'étude de Sved Williams.A.E	« Project Air » (McCarthy et coll., 2016) : Sélection patients : mères TPL. Déroulement séances : manuel à destination des professionnels travaillant avec des mères TPL. Les points clés du programme sont : favoriser la sécurité des enfants, apprendre aux parents à comprendre et à répondre aux besoins de l'enfant, élaborer des plans de crise, enseigner des compétences parentales. Des essais cliniques sur ce programme sont encore en cours. « Compétences parentales pour les mères ayant un trouble de la personnalité limite » (Renneberg, B, et coll., 2016) : Sélection patients : mères TPL ayant un enfant âgé entre 0 et 6 ans. Déroulement séances : 12 séances de thérapie de groupe basée sur la Thérapie dialectique et comportementale sur 12 semaines. Programme centré sur la compréhension du comportement parental des mères TPL et de ses conséquences sur l'enfant, programme qui forme les mères aux soins émotionnels et physiques de leur enfant, à la gestion du stress parental, à la gestion des conflits, à la régulation des émotions de l'enfant, à la communication parentale et aux soins de la mère. Étude de Sved Williams, A. E. et coll. de 2018 : Sélection patients : mères TPL. Déroulement séances : 24 séances de thérapie de groupe basée sur la Thérapie dialectique et comportementale sur 24 semaines. Programme qui enseigne les compétences parentales générales, les techniques d'installation du nourrisson, les stratégies d'adaptation au stress, comment lire les signaux émotionnels du nourrisson, modules psychoéducatifs axés sur les besoins de la mère et de l'enfant dans la relation dyadique. Le programme comprend aussi une partie d'exercices avec les nourrissons, les exercices sont pratiqués 15 minutes toutes les séances pour favoriser les interactions positives.

Rosenbach, C. et coll.	http://refubium.fu-berlin.de	2020	Groupe d'entraînement « Aptitudes parentales pour les mères avec un TPL »	Groupe	2 femmes	Non précisé, mais expérience en TDC recommandée, il faut que les deux soient familières avec le TPL et qu'au moins une des deux ait de l'expérience avec les jeunes enfants	Oui	NA	NA	NR	Sélection patients : 4 à 6 mères TPL ayant des enfants âgés entre 0 et 6 ans, qui s'occupent d'eux au quotidien et pour lesquels il n'y a pas de mise en danger. Déroulement séances : 12 sessions de 2 heures chacune avec 11 modules (TPL et maternité : risques et opportunités, pleine conscience, besoins de base d'un enfant, stress, gestion du stress, structure du quotidien et flexibilité, gestion des conflits, gestion des émotions, l'importance du corps, croyances sur la parentalité, prendre soin de soi), basés sur la TDC et la pleine conscience avec des exercices (jeux de rôles par exemple). Les sessions sont filmées pour permettre une analyse avec les patientes. En parallèle les mères peuvent suivre une thérapie individuelle avec un thérapeute différent (conseillé) ou un des thérapeutes du groupe. Avant le programme chaque mère a une séance individuelle avec les thérapeutes pour explorer leurs motivations, les informer sur le déroulement du programme, sa durée, son cadre et son coût, les informer sur les limites du programme et sur les règles de confidentialité.
Sved Williams, A. et coll.	Archives of Women's Mental Health	2021	Programme « Mother-Infant Dialectical Behavior Therapy (MI-DBT) » (TDC pour mère-nourrison) à l'institut Helen Mayo House (unité mère-bébé) et dans des Community Children's Center (établissements à but non lucratif de soins précoces et d'éducation pour des enfants âgés entre 1 et 5 ans) en Australie	Groupe	NR	Cliniciens de l'institut Helen Mayo House et des cliniciens des Community Children's Center	Non	77	Âge moyen 15,3 mois, 36 filles et 41 garçons	25 semaines	Sélection patients : 77 dyades mère-bébé. Déroulement séances : programme MI-DBT adapté de « evidence-based DBT » de Linehan et composé de séances hebdomadaires de 2 heures et demie chacune. La TDC aide les mères à acquérir des compétences en termes de pleine conscience, de tolérance au stress, de régulation émotionnelle et d'efficacité interpersonnelle. Des adaptations au contexte de la maternité sont ajoutées : aider les mères à soutenir l'enfant dans son développement social et émotionnel. Pendant que les mères participent à la séance, leurs enfants sont pris en charge par des professionnels ou des volontaires (à l'institut Helen Mayo House) ou par des professionnels de la petite enfance (dans les Community Children's Center). Les retrouvailles avec les nourrissons en fin de séance sont organisées autour d'activités qui permettent aux mères de mettre en application ce qu'elles ont appris, notamment sur les angoisses de séparation. Une batterie d'outils d'évaluation a été administrée avant et pendant l'intervention et les différences de score ont été analysées (test de rang de Wilcoxon)

TABLEAU 2

Efficacité des interventions

(NR: Non renseigné; NA: Non applicable)

Auteur	Revue	Année	Méthode	Intervention							Résultats			
				Type	Individuel ou Groupe	Thérapeutes		Patients		Durée	Cadre	Échelles mère-bébé	Mères TPL	
						Nombre	Qualification	Mères seules	Dyade mère-bébé				Comorbidités	Qualité de vie/ Fonctionnement psychosocial
Dominguez, S. et coll.	Devenir	2014	Étude d'un cas clinique: au cours du suivi plusieurs échelles sont analysées à différents âges du bébé : MADRS (état dépressif maternel), échelle Brunet-Lézine (développement psychomoteur du bébé), expérience Still-Face (étude interaction mère-bébé), analyse qualitative de Jeu libre filmé, inspirée de la grille CARE-Index de Crittenden (étude l'évolution de l'interaction) et analyse qualitative des interactions bébé-environnement	Thérapie conjointe mère-bébé et psychothérapie individuelle pour la mère seule	Individuel	2	1 psychiatre et 1 puéricultrice	Psychothérapie individuelle par le psychiatre	Thérapie conjointe par psychiatre et puéricultrice	25 mois	Sélection patients: une dyade mère-bébé rencontrée en maternité. Déroulement séances: suivi initié à la maternité, puis visites à domicile (foyer maternel) par les mêmes thérapeutes pendant 4 mois, puis séances hebdomadaires de cothérapie dans un centre de soin public et psychothérapie individuelle pour la mère avec un psychiatre. Aux 9 mois du bébé, la mère a été hospitalisée pour aggravation d'un syndrome dépressif pendant 10 jours, pendant ce temps le bébé a été gardé à la crèche du foyer maternel et un soutien du père a été organisé. Puis les parents et le bébé ont été installés dans un logement autonome aux 14 mois du bébé. Le suivi a été poursuivi par une unité mobile de psychiatrie périnatale (PPUMMA) pour une thérapie individuelle de la mère une fois tous les 15 jours et poursuite de la cothérapie jusqu'aux 2,5 ans de l'enfant.	Séquences de jeu libre analysées : À 3 mois: manque de sensibilité maternelle, difficultés pour la mère et pour le bébé à se retrouver dans l'interaction; À 9 mois: manque de sensibilité maternelle, distance physique et distance dans l'interaction mère-bébé. Analyse qualitative des interactions bébé-environnement à 25 mois: mère plus sensible et plus disponible pour son bébé, bébé prend un rôle de partenaire actif dans l'interaction.	Pour mesurer l'état dépressif maternel: échelle MADRS à 3, 6 et 10 mois postpartum: augmentation progressive du score (31 à 3 mois, 34 à 6 mois et 37 à 10 mois) ce qui correspond à un EDC sévère.	NR
Yelland, C. et coll.	Australasian Psychiatry	2015	Étude de cohorte prospective : 117 dyades mère-bébé hospitalisées en unité mère-bébé (UMB d'Adélaïde, en Australie du Sud), recrutées sur 18 mois. Passation des échelles EPDS, BAS, MSI-BPD et MPAS à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation, puis comparaison des scores (t-tests)	Hospitalisation en unité mère-bébé	Individuel et Groupe	NR	1 psychiatre et 1 étudiant en psychiatrie pour le diagnostic	Oui	Dyade mère-bébé	22,34 jours (moyenne)	Sélection patients: 117 dyades mère-bébé avec des mères souffrant de troubles mentaux, dont le TPL. Déroulement séances: hospitalisation en unité mère-bébé (Adélaïde, Australie du Sud). Évaluation diagnostique par un psychiatre à l'entrée (critères cliniques et DSM-IV), confirmation diagnostique à la sortie à l'aide du compte-rendu d'hospitalisation. Pendant le séjour les mères bénéficient de psychothérapie individuelle et en groupe, de psychothérapie mère-bébé, du soutien des infirmiers et des autres soignants, si besoin traitement médicamenteux et électro-convulsivothérapie. Les échelles EPDS, BAS, MSI-BPD et MPAS sont remplies par les mères à l'entrée et à la sortie pour évaluer l'efficacité de l'hospitalisation.	Échelle MPAS pour les mères ayant des enfants de moins de 12 mois : amélioration significative de l'attachement mère-enfant (p = 0,006)	EPDS (résultats disponibles pour 35 mères sur 117 mères de l'échantillon initial) : amélioration significative du score (p < 0,001). BAS (résultats disponibles pour 37 mères sur 117 mères de l'échantillon initial) : amélioration significative du score (p < 0,001). MSI-BPD (résultats disponibles pour 36 mères sur 117 mères de l'échantillon initial) : amélioration significative du score (p = 0,007).	NR

Rogers, N. C.	Thèse d'exercice, école de Psychologie, faculté de Santé, Arts et Design, Université de Swinburne de Techno-logie	2016	Étude de cohorte prospective : recrutement des mères sur deux types de groupes pilotes : 1er groupe pilote : mères recrutées auprès de différents professionnels de santé et établissements (hôpitaux généraux, établissements spécialisés en santé mentale, établissements spécialisés dans le TPL, psychologues libéraux, centres de santé pour les familles, société australienne de psychologie, services de santé pour mère et enfant, centres addictologiques, centres d'agressions sexuelles, groupes pour patients TPL). Les mères doivent avoir un enfant âgé entre 1 et 10 ans, et avoir un diagnostic de TPL selon le DSM-IV TR ou avoir 3 ou 4 critères diagnostiques de TPL et ne pas être en période de crise ; 2e groupe pilote : mêmes critères d'inclusion, mais recrutement organisé dans les services du « Banyule Community Health » (service financé par le gouvernement australien). Au cours du programme plusieurs mesures quantitatives (tests non paramétriques) et qualitatives (analyse phénoménologique et interprétative-interview) sont relevées. Les résultats des mesures quantitatives et qualitatives ont été croisés pour analyser l'évolution des participantes entre trois moments clés : préprogramme, postprogramme et 6 mois après. Puis analyse de cas pour chaque mère afin de valider les différentes mesures sus-citées	Programme « MPG-BPD » (Mindfulness-Based Parenting Group Intervention for Mothers with Borderline Personality Disorder Traits) (Melbourne, Australie)	Groupe	3	1 psychologue clinicienne, 2 jeunes diplômés en psychologie	Oui	Non	12 semaines	Sélection patients : mères TPL (diagnostic DSM IV TR ou TPL infraclinique avec 3 ou 4 symptômes) ayant des enfants âgés entre 1 et 10 ans, et qui ne sont pas en période de crise. Déroulement séances : 12 sessions hebdomadaires de 2 heures : 5 à 20 minutes d'exercices de pleine conscience, débriefing sur la pratique de la pleine conscience, réflexion sur la séance précédente, introduction et discussion autour du sujet de la séance actuelle, pause, introduction de la prochaine séance, 5 à 20 minutes d'exercices de pleine conscience, brève réflexion sur l'exercice, mise en pratique au domicile entre les séances. Les exercices sont adaptés aux difficultés des participantes.	Résultats disponibles pour 7 mères : Rogers, N. C. et coll. (2016) évaluent l'efficacité de leur programme via l'échelle PRFQ (Parental Reflective Functioning Questionnaire) (mesure la capacité réflexive de la mère dans l'interaction) : les scores de l'échelle sont mesurés en préprogramme, postprogramme et à 6 mois. Une augmentation significative du score de la sous-échelle qui évalue l'intérêt et la curiosité de la mère pour les états mentaux de son enfant est repérée entre les mesures postprogramme et à 6 mois. Les auteurs utilisent aussi l'échelle PSI (the Parenting Stress Index) qui identifie les dyades parent-enfant qui souffrent de stress et qui sont à risque de développer des comportements parentaux dysfonctionnels : seule la sous-échelle « restrictions de rôle du parent » est significativement diminuée entre les mesures préprogramme et 6 mois après le programme.	Résultats disponibles pour 7 mères : Rogers, N. C. et coll. (2016) comparent les scores de l'échelle DASS (Depression Anxiety Stress scale) en préprogramme, postprogramme et 6 mois après : il y a une diminution significative des sous-échelles dépression et stress entre les mesures pré et postprogramme ; à 6 mois seule la sous-échelle dépression est significativement diminuée comparée aux mesures postprogramme.	NR
Sved Williams, A. et coll.	Archives of Women's Mental Health	2021	Étude de cohorte prospective : recrutement de mères auprès de services impliqués dans le soutien des mères et de leurs enfants (hôpitaux, équipes ambulatoires, médecins généralistes, psychologues et psychiatres libéraux, services de protection de l'enfance). Critères d'inclusion : mères ayant un enfant âgé de moins de 3 ans, et présentant un diagnostic de TPL ou ayant un trouble de la régulation émotionnelle, et pour lesquelles des cliniciens sont inquiets concernant la relation mère-enfant. 11 groupes de MI-DBT ont été mis en place entre novembre 2013 et mars 2020 (8 groupes mis en place à l'institut Helen Mayo House (unité mère-bébé) et 3 groupes dans des « Community Children's Center » (établissements à but non lucratif de soins précoces et d'éducation pour des enfants âgés entre 1 et 5 ans) en Australie. Une batterie d'outils d'évaluation a été administrée avant et après l'intervention et les différences de score ont été analysées (test de rang de Wilcoxon)	Programme « Mother-Infant Dialectical Behavior Therapy (MI-DBT) » (TDC pour mère-nour-rison)	Groupe	NR	Cliniciens de l'institut Helen Mayo House et des cliniciens des Community Children's Center	Non	Dyade mère-bébé	25 semaines	Sélection patients : 77 dyades mère-bébé. Déroulement séances : programme MI-DBT adapté de « evidence-based DBT » de Linehan et composé de séances hebdomadaires de 2 heures et demie chacune. La TDC aide les mères à acquérir des compétences en termes de pleine-conscience, de tolérance au stress, de régulation émotionnelle et d'efficacité interpersonnelle. Des adaptations au contexte de la maternité sont ajoutées : aider les mères à soutenir l'enfant dans son développement social et émotionnel. Pendant que les mères participent à la séance, leurs enfants sont pris en charge par des professionnels ou des volontaires (à l'institut Helen Mayo House) ou par des professionnels de la petite enfance (dans les Community Children's Center). Les retrouvailles avec les nourrissons en fin de séance sont organisées autour d'activités qui permettent aux mères de mettre en application ce qu'elles ont appris, notamment sur les angoisses de séparation. Une batterie d'outils d'évaluation a été administrée avant et pendant l'intervention et les différences de score ont été analysées (test de rang de Wilcoxon)	Parenting Sense Of Competence scale (PSOC) : amélioration significative du score total ($p = 0,000$) avec une taille d'effet moyenne ($r = 0,40$), les scores des sous-échelles « sentiment d'efficacité », « satisfaction du rôle parental » et « intérêt dans la parentalité » sont notamment améliorés (respectivement $p = 0,000$, $p = 0,006$ et $p = 0,005$). Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ) : les scores des sous-échelles « mode de prémentalisation » et « curiosité et intérêt pour les états mentaux » sont significativement augmentés ($p = 0,002$ et $p = 0,000$ respectivement) avec une taille d'effet modérée ($r = 0,29$ et $0,42$ respectivement). Parenting Stress Index-Short form (PSI-4SF) : seule la sous-échelle « dysfonctions de l'interaction parent-enfant » est significativement augmentée ($p = 0,016$) avec une taille d'effet modérée ($r = 0,30$). Nursing Child Assessment Satellite Training, Teaching Scale 2nd edition (NCAST 2nd Ed.) : aucune amélioration significative dans les relations mère-enfant n'est retrouvée.	Toutes les échelles sont significativement augmentées avec une taille d'effet modérée (r compris entre 0,25 et 0,36) : EPDS ($p = 0,000$), BAI ($p = 0,002$) et BSL23 ($p = 0,000$)	NR