

## Traits de personnalité limite, jeu traumatique, mécanismes de défense et régulation des affects chez les enfants victimes de mauvais traitements : étude préliminaire

### *Borderline personality features, post-traumatic play, defense mechanisms, and affect regulation among maltreated children: A preliminary study*

Cécilanne Lepage-Voyer, Miguel M. Terradas, Saralea Chazan, Olivier Laverdière et Mélissa Paquette

Volume 47, numéro 2, 2018

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1054061ar>  
DOI : <https://doi.org/10.7202/1054061ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (imprimé)  
2371-6053 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lepage-Voyer, C., Terradas, M. M., Chazan, S., Laverdière, O. & Paquette, M. (2018). Traits de personnalité limite, jeu traumatique, mécanismes de défense et régulation des affects chez les enfants victimes de mauvais traitements : étude préliminaire. *Revue de psychoéducation*, 47(2), 265–288.  
<https://doi.org/10.7202/1054061ar>

Résumé de l'article

*Le manque de disponibilité affective du parent et l'imprévisibilité des réponses qu'il donne aux besoins de l'enfant entraînent des conséquences importantes sur le développement de la capacité à gérer les émotions et sur la maturation des mécanismes de défense chez ce dernier. Les enfants exposés à des traumatismes au sein de la relation parent-enfant seraient plus à risque de développer des traits de personnalité limite. La présente étude, de nature exploratoire, vise à identifier des traits et des caractéristiques pouvant être liés à la personnalité limite et être observés dans un segment de jeu libre. L'échantillon est composé de 15 enfants d'âge scolaire, ayant été exposés à des événements potentiellement traumatiques dans leur milieu familial d'origine et qui sont pris en charge par la protection de l'enfance. Les enfants ont rempli l'Échelle de traits de personnalité limite (ÉTPLE) et ont participé à une période de jeu libre de 30 minutes. Le segment de jeu a été analysé à l'aide du Children's Play Therapy Instrument (CPTI). Un portrait descriptif des caractéristiques de l'échantillon est dressé et les relations unissant les traits de personnalité limite, les mécanismes de défense, la régulation des affects et les caractéristiques du jeu sont explorées à l'aide d'analyses de corrélation. La majorité des participants manifestent des indices de jeu traumatique, d'utilisation de mécanismes de défense immatures et de régulation rigide des affects dans leur jeu libre. Enfin, le type de mécanismes de défense utilisés paraît lié à la capacité à réguler les affects.*

# Traits de personnalité limite, jeu traumatique, mécanismes de défense et régulation des affects chez les enfants victimes de mauvais traitements : étude préliminaire

## *Borderline personality features, post-traumatic play, defense mechanisms, and affect regulation among maltreated children: A preliminary study*

C. Lepage-Voyer<sup>1</sup>  
M. M. Terradas<sup>1</sup>  
S. Chazan<sup>2</sup>  
O. Laverdière<sup>1</sup>  
M. Paquette<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Université de Sherbrooke,  
Québec, Canada

<sup>2</sup> Pacella Center, New York  
Psychoanalytic Institute

### Résumé

*Le manque de disponibilité affective du parent et l'imprévisibilité des réponses qu'il donne aux besoins de l'enfant entraînent des conséquences importantes sur le développement de la capacité à gérer les émotions et sur la maturation des mécanismes de défense chez ce dernier. Les enfants exposés à des traumatismes au sein de la relation parent-enfant seraient plus à risque de développer des traits de personnalité limite. La présente étude, de nature exploratoire, vise à identifier des traits et des caractéristiques pouvant être liés à la personnalité limite et être observés dans un segment de jeu libre. L'échantillon est composé de 15 enfants d'âge scolaire, ayant été exposés à des événements potentiellement traumatiques dans leur milieu familial d'origine et qui sont pris en charge par la protection de l'enfance. Les enfants ont rempli l'Échelle de traits de personnalité limite (ÉTPLE) et ont participé à une période de jeu libre de 30 minutes. Le segment de jeu a été analysé à l'aide du Children's Play Therapy Instrument (CPTI). Un portrait descriptif des caractéristiques de l'échantillon est dressé et les relations unissant les traits de personnalité limite, les mécanismes de défense, la régulation des affects et les caractéristiques du jeu sont explorées à l'aide d'analyses de corrélation. La majorité des participants manifestent des indices de jeu traumatique, d'utilisation de mécanismes de défense immatures et de régulation rigide des affects dans leur jeu libre. Enfin, le type de mécanismes de défense utilisés paraît lié à la capacité à réguler les affects.*

**Mots-clés :** traits de personnalité limite, trauma, jeu libre, mécanismes de défense, régulation des affects, enfant

### Abstract

*Lack of parents' emotional availability and unpredictable responses to the child's needs have important consequences for the development of affect regulation*

### Correspondance :

Cécilanne Lepage-Voyer  
CAP Services Psychologiques  
1170 boulevard Lebourgneuf,  
suite 402  
Québec (Québec) G2K 2E3  
cecilanne.lepage-voyer@  
lecapsp.com

*and mature defense mechanisms. Children exposed to potentially traumatic events in the parent-child relationship have greater risk of developing borderline personality features. This exploratory study aims to identify characteristics that may be related to borderline personality and could be observed in a free play segment. The research involved 15 school-aged children living in foster care facilities under the Child Protective Services who have been exposed to traumatic events in their family. Participants completed the French version of the Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C) and participated in a 30 minutes free play session. The play segments were analyzed using the Children's Play Therapy Instrument (CPTI). Firstly, the sample's characteristics are described. Secondly, correlation is used to explore the relationships between borderline personality features, defense mechanisms, affect regulation and characteristics of the play. Results suggest that the play segment of the majority of the participants show traumatic play, immature defense mechanisms, and rigid affect regulation. Finally, the type of defense mechanisms seems to be related to the ability to regulate affects.*

**Keywords:** **borderline personality features, trauma, free play, defense mechanisms, regulation of affects, child**

## Introduction

Le trouble de personnalité limite (TPL) se manifeste notamment par des réactions émotives intenses, des comportements impulsifs, un sens de l'identité diffus et fragile, ainsi que des relations interpersonnelles instables (American Psychiatric Association; APA 2015).

Les professionnels de la santé mentale au Canada et aux États-Unis basent leurs diagnostics psychiatriques sur les critères établis par la cinquième version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; APA, 2015). Plusieurs cliniciens éprouvent un malaise face au diagnostic du TPL chez l'enfant en raison du risque de stigmatisation y étant associé en cas d'erreur (Hinshaw et Cicchetti, 2000). Ceci explique possiblement pourquoi l'approche nosographique prévalant actuellement n'en permet le diagnostic avant l'âge de 18 ans que chez les adolescents qui en présentent les caractéristiques cliniques depuis plus d'un an et qui manifestent une altération significative de leur fonctionnement (APA, 2015). Pourtant, des auteurs suggèrent que les symptômes du trouble limite se manifestent dès l'enfance (Crick, Murray-Close et Woods, 2005; Emmanuelli et Azoulay, 2012; Kernberg, Weiner et Bardenstein, 2000; Pine, 1986) et qu'un dépistage précoce permettrait d'offrir des soins plus adaptés aux besoins des individus à risque, ainsi que d'atténuer les impacts sur leur fonctionnement à l'âge adulte (Kernberg, 1990; Lingiardi et McWilliams, 2017). Il apparaît donc important de mieux comprendre la trajectoire développementale du TPL. L'un des obstacles à l'enrichissement du savoir dans ce domaine provient de la controverse entourant le diagnostic du TPL chez l'enfant. L'approche nosographique adoptée par les auteurs et les chercheurs semble au cœur de ce débat.

## Contexte théorique

**Compréhension théorique de la pathologie limite chez l'enfant.** La pathologie limite ne peut être comprise de la même façon chez l'enfant et chez l'adulte (Emmanuelli et Azoulay, 2012). La personnalité se développe durant

l'enfance jusqu'à l'atteinte d'une certaine maturité à l'âge adulte (APA, 2015). Les théories et les recherches actuelles qui se penchent sur la question des personnalités pathologiques durant l'enfance préconisent généralement l'utilisation d'une approche dimensionnelle. Cette approche propose d'identifier un ensemble de traits de personnalité pour lesquels le degré de gravité est évalué sur un continuum (Crick et al., 2005). À l'inverse, une approche catégorielle, similaire à celle du DSM-5 (APA, 2015), correspond à un système de classification basé sur la présence ou l'absence de critères jusqu'à l'atteinte d'un nombre minimum permettant de poser un diagnostic. Ainsi, plutôt que de déterminer l'appartenance à une catégorie diagnostique (trouble), le clinicien qui adopte une approche dimensionnelle reconnaît la présence et l'intensité d'une constellation de symptômes (traits). Emmanuelli et Azoulay (2012) suggèrent que cette approche permet davantage de traduire la complexité du profil psychologique de l'individu et s'avère moins réductrice, en plus de diminuer les risques de stigmatisation associés au diagnostic catégoriel.

La Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA; Misès et al., 2012) suggère certains indices cliniques qui s'apparentent à la pathologie limite chez l'enfant. Le principal enjeu concernerait la crainte d'être abandonné par le parent. S'appuyant sur la théorie des relations d'objet, les auteurs de la CFTMEA expliquent que l'enfant, qui est régulièrement confronté à des frustrations dans le contexte de la relation avec sa principale figure de soins, est aux prises avec des mouvements psychiques d'agressivité envers celle-ci. Puisque les limites entre soi et l'autre ne sont pas encore bien établies chez le tout-petit et que son fonctionnement psychique est caractérisé par l'omnipotence de la pensée, l'enfant craint que la mère soit détruite *dans la réalité* par cette agressivité et, de ce fait, qu'elle en vienne à l'abandonner. L'enfant se retrouve coincé dans un mécanisme de clivage alors qu'il cherche inconsciemment des explications possibles à ce potentiel abandon. Dans ce contexte, soit la mère est perçue comme une menace (*mauvais objet*), soit l'enfant retourne son agressivité contre lui-même et se perçoit comme une mauvaise personne qui mérite d'être abandonnée par la mère (*bon objet*). L'angoisse d'abandon met en péril l'intégrité du Moi de l'enfant (Emmanuelli et Azoulay, 2012). Ces enjeux psychiques se manifesteraient dans le comportement par de l'agitation, de l'hyperactivité et de l'agressivité (Frederico, Jackson et Black, 2008), ce qui correspondrait à des mécanismes de défense *maniaques* qui protègent l'enfant des éléments dépressifs suscités par l'angoisse d'abandon (Emmanuelli et Azoulay, 2012). En d'autres termes, l'enfant s'agite pour pallier à un sentiment de solitude ou de vide.

**La relation parent-enfant et le développement de traits de personnalité limite.** Selon plusieurs auteurs, la genèse de la pathologie limite se situe dans une interaction entre la composante génétique (apport biologique) et la composante environnementale. Cette dernière concerne principalement la relation entre l'enfant et sa principale figure de soins. Notamment, des ruptures dans le lien d'attachement parent-enfant (par exemple, abandon, séparation, rejet), que celles-ci soient physiques ou psychiques (Allen, 2005; DiMascio, 2001), ou encore un milieu familial instable et chaotique (Pine, 1986), seraient liés à un risque accru de présenter des traits de personnalité limite à l'âge adulte. Dans ces contextes, le tout-petit serait confronté à un manque de disponibilité affective de son parent, de façon épisodique ou chronique, soit en raison d'une psychopathologie (par exemple, une dépression

chez le parent) ou d'une capacité de mentalisation<sup>1</sup> défaillante, et il obtiendrait ainsi des réponses imprévisibles et partiellement ou entièrement insatisfaisantes à ses besoins fondamentaux (Emmanueli et Azoulay, 2012). Il en résulte un sentiment persistant d'insécurité et des carences affectives (Pine, 1986). Par conséquent, l'enfant ne peut se sentir suffisamment en confiance dans la relation avec son parent pour développer un patron d'attachement sain. Une personne qui a développé un lien d'attachement insécurisé démontrera de la détresse lorsqu'elle sera confrontée à la possibilité de se séparer ou d'être rejetée par l'autre (Allen, 2005), occasionnant une crainte de l'abandon réel ou anticipé (Nevid, Rathus et Greene, 2011). Puisque le tout-petit ne peut ressentir les émotions autrement que dans l'instant présent, il se retrouverait submergé par cette angoisse et craindrait de ne jamais pouvoir sortir de cet état de souffrance (Debray et Nollet, 2011).

L'absence physique ou psychique de la figure de soins entrainerait des conséquences chez l'enfant sur le plan de la gestion des émotions, de la maturation des mécanismes de défense et de l'estime de soi (Pine, 1986). Ainsi, lorsque les réponses données par les parents sont inconstantes et imprévisibles, l'enfant se trouve dans l'incapacité d'intégrer un patron interne de satisfaction de ses besoins, ce qui entrave le processus de maturation des mécanismes de défense. Ces derniers correspondent aux moyens utilisés par l'individu pour composer avec les facteurs de stress et les conflits intrapsychiques (Di Giuseppe, Perry, Petraglia, Janzen et Lingardi, 2014). Dans le contexte d'une relation parent-enfant imprévisible, l'utilisation de défenses immatures permet la survie psychique de l'enfant (Pine, 1986) et lui évite de développer des symptômes dépressifs. Néanmoins, bien que partiellement efficace, le recours à ces défenses nuit au développement de la capacité de mentalisation et des processus d'introspection (Emmanueli et Azoulay, 2012). Une utilisation rigide ou inadaptée de mécanismes de défense immatures, tels que le clivage, l'identification projective, le passage à l'acte ou, encore, l'idéalisation ou la dévalorisation de soi et des autres, serait associée à l'émergence de traits de personnalité limite chez l'enfant (Kernberg et al., 2000; Pine, 1986).

En résumé, l'organisation psychique de la personne qui présente des traits de personnalité limite semble se construire autour d'une angoisse de perte de l'objet (abandon), d'un sentiment d'insécurité interne persistant et de carences affectives. L'individu met alors à l'épreuve son entourage afin de calmer ses angoisses d'abandon, en testant leur engagement envers lui. Toutefois, ce comportement peut éventuellement susciter le rejet qu'il redoute. L'individu peut alors présenter des réactions émotives démesurées et de la détresse face à ces abandons, qu'ils soient réels ou anticipés, et avoir recours à des modalités défensives comme le passage à l'acte (Nevid et al., 2011), ou encore adopter des comportements autodestructeurs ou addictifs qui lui sont dommageables (par exemple, dépenses,

---

1. Fonagy et Target (2000) définissent la capacité de mentalisation comme l'intégration de la réalité interne et externe de l'individu, de sorte qu'il est conscient que l'autre est habité par des états mentaux (affects, pensées, intentions) qui peuvent différer des siens, et que ceux-ci, tout comme ses propres états mentaux, sont influencés par la réalité externe sans en être le reflet exact. Cette capacité permettrait au parent de faire preuve d'un investissement psychique constant auprès de son enfant.

toxicomanie, conduite automobile dangereuse) (APA, 2015). Selon Becker, Grilo, Edell et McGlashan (2002), la peur de l'abandon chez l'adolescent serait l'indice ayant la plus grande valeur prédictive d'un diagnostic de TPL posé à l'âge adulte.

**Évènements potentiellement traumatiques et traits de personnalité limite.** Plusieurs théoriciens et chercheurs considèrent que l'exposition à des évènements potentiellement traumatiques (par exemple, abus sexuel ou physique, négligence, maltraitance) au sein de la relation d'attachement constitue un facteur de risque à présenter des traits de personnalité limite à l'âge adulte (Bradley, Conklin et Westen, 2005; DiMascio, 2001; Herman, Perry et van der Kolk, 1989; Kernberg, 1990; Paris, 2000), surtout lorsqu'ils sont vécus à répétition (Weaver et Clum, 1993). Zanarini et ses collègues (2000) suggèrent la notion d'*échec biparental* (*biparental failure*) pour faire référence aux antécédents d'abus (émotionnel, verbal ou physique) et de négligence (manque de protection, indisponibilité affective, imprévisibilité des soins, négligence physique) vécus simultanément dans la relation avec les deux parents. Selon une étude réalisée par ces chercheurs, 83,6 % des adultes hospitalisés en psychiatrie qui présentent un TPL ( $n = 358$ ) reconnaissent avoir vécu l'*échec biparental* durant l'enfance. Par ailleurs, l'évènement traumatique aurait des impacts plus importants sur le développement psychique de l'enfant lorsqu'il s'inscrit dans la relation avec le parent (Allen, 2005). En fait, le soutien que l'enfant obtient auprès de son entourage lui permettrait de déployer les capacités essentielles pour réguler sa détresse (Allen, 2005) et serait un facteur déterminant de sa rémission (Romano, Baubet, Moro et Sturm, 2008). Ce soutien est cependant moins disponible dans le contexte où l'évènement traumatique est vécu dans le milieu familial (Romano et al., 2008).

Les modèles théoriques soulèvent donc différents facteurs de risque et symptômes cliniques indicateurs de la personnalité limite en bas âge. Il apparaît pertinent de déterminer de façon empirique quels sont les traits de personnalité présents chez les enfants qui peuvent être associés au TPL, tel qu'il se manifeste à l'âge adulte. Afin de fournir aux cliniciens des outils de dépistage adaptés à leur pratique, l'étude s'intéresse aux caractéristiques observées dans le jeu libre, puisqu'il s'agit un moyen privilégié par les enfants pour s'exprimer et communiquer.

**Le jeu en contexte de psychothérapie.** Le jeu constitue un mode créatif d'expression de soi, ainsi que des enjeux intrapsychiques et relationnels chez l'enfant. Il permet aux enfants de faire les apprentissages nécessaires aux prémisses de la communication interpersonnelle (Anzieu et Daymas, 2007) et favorise le développement des habiletés cognitives et sociales (Chazan, 2002). Selon certains auteurs, le jeu serait même le principal moyen dont l'enfant dispose pour exprimer les représentations de son monde interne et externe (Alvarez et Phillips, 1998; Chazan, 2002; Chethik, 2000; Target et Fonagy, 1996). Il constitue un espace transitionnel où l'enfant peut se permettre d'exprimer, dans un contexte moins menaçant que dans la vie réelle, les émotions auxquelles il est confronté dans son quotidien (Winnicott, 1971/1996), ou encore, où il peut mettre en scène différents scénarios et faire l'expérience des émotions qui y sont associées (Ferro, 2003). De cette façon, il peut se réapproprier un certain sentiment de contrôle sur la situation vécue et envisager différentes pistes de solution possibles de façon symbolique (Chazan, 2002). Le jeu offre donc à l'enfant la possibilité d'élaborer ses

conflits intrapsychiques de façon à les résoudre (Anzieu et Daymas, 2007; Ferro, 2003), de même que d'exprimer ses pulsions agressives dans un espace sécuritaire et fantaisiste sans crainte de représailles de l'environnement (Winnicott, 1939/1975). La symbolisation des angoisses et des pulsions dans le jeu libérerait l'enfant de la pression interne associée, ce qui favoriserait le développement progressif de la capacité à réguler les émotions (Anzieu et al., 2007; Winnicott, 1939/1975).

Selon Schore (2001), le niveau de jeu de l'enfant peut être représenté sur un continuum. La capacité à jouer, associée au développement *normal* de l'enfant, serait située à l'un des extrêmes du continuum, alors que l'incapacité à jouer, liée au développement pathologique de l'enfant, serait située à l'extrême opposé. Au sein d'un développement typique, le jeu correspond à un espace sécuritaire où l'enfant peut *déposer* les émotions dont l'intensité dépasse ses propres capacités d'adaptation, exprimer ses enjeux affectifs et explorer des pistes de solutions potentielles à ses conflits intrapsychiques ou relationnels. Ainsi, le psychothérapeute peut observer des similitudes entre le jeu et la réalité externe de l'enfant. Il peut également identifier une certaine richesse et une réciprocité dans les interactions entre les différents personnages mis en scène. Inversement, au sein d'un développement pathologique, l'incapacité à jouer chez l'enfant se manifeste par une indécision face au jeu, une incapacité à élaborer un scénario créatif et de la difficulté à utiliser le matériel de façon symbolique (faire semblant). À mi-chemin sur le continuum se trouvent les enfants qui présentent une pauvre capacité de symbolisation à travers le jeu et qui mettent en scène un jeu simple, désorganisé ou répétitif (Schore, 2001). L'incapacité à jouer de l'enfant peut être temporaire ou permanente et constituerait une indication de détresse ou de psychopathologie. Notamment, il peut s'agir d'un indice d'exposition à un événement traumatique au cours du développement (Chazan, 2002).

**Jeu traumatique.** Un trauma est un événement potentiellement dommageable pour l'organisation psychique au sens où il dépasse les capacités internes de l'individu, qui ne peut y répondre efficacement (Laplanche et Pontalis, 2007), ni l'élaborer à un niveau symbolique (Bleiberg, 2001; Michel et Purper-Ouakil, 2006). La négligence, l'abus physique ou sexuel, la maltraitance, l'abandon, ainsi que le manque de protection de la part des figures de soins sont des exemples d'événements potentiellement traumatiques qui peuvent être vécus en bas âge (DiMascio, 2001). Plus les événements potentiellement traumatiques expérimentés par l'enfant sont graves, plus les émotions inhérentes seront accablantes, envahissantes et intenses (Chazan, 2002), voire potentiellement destructrices (Allen, 2005). Le jeu serait une occasion pour l'enfant de réviser son expérience traumatique et de s'approprier un certain sentiment de contrôle sur l'événement, pour éventuellement arriver à en transformer ou en maîtriser les effets. L'analyse du jeu de l'enfant en psychothérapie peut permettre aux professionnels de la santé mentale de repérer des indices d'un potentiel passé traumatique (Chazan, 2002).

Plusieurs définitions du jeu traumatique convergent en ce sens où les auteurs suggèrent qu'un enfant qui a expérimenté un trauma le remettra en scène de façon rigide et répétitive dans ses activités ludiques (Chazan, 2004; Romano, 2010; Terr, 1990). Terr fut la première auteure à définir le jeu traumatique. Elle décrit ce type de jeu comme une répétition compulsive et manifeste de l'événement

traumatique ou des thèmes qui y sont reliés. Ce type de jeu peut se présenter chez les enfants qui ont vécu un événement traumatique de façon isolée (de type I : facteur de stress unique, inattendu et limité dans le temps, vécu par plusieurs individus) ou répétée (de type II : plusieurs facteurs de stress vécus de façon répétée par un seul individu). Afin de permettre aux psychothérapeutes d'enfants de repérer le jeu traumatique à partir d'observations cliniques, Chazan le définit comme une répétition dans le jeu de thèmes spécifiques qui s'accompagne d'affects intenses d'anxiété, de tension, de désespoir ou de tristesse et qui demeure soit sans résolution ou prend fin de façon abrupte ou catastrophique.

Romano (2010) identifie trois critères permettant de distinguer le jeu traumatique : l'intensité de la souffrance psychique exprimée par l'enfant, le manque de plaisir associé à l'activité ludique et la déliaison des interactions intersubjectives avec le psychothérapeute. Ce dernier critère correspond à une réaction provoquée chez le clinicien par la pétrification émotionnelle de l'enfant qui peut s'exprimer de différentes façons (par exemple, altération de la capacité à penser, expression d'une sorte de fascination ou d'un déni catégorique à l'égard de ce qui est observé dans le jeu de l'enfant). Il serait possible de distinguer trois types de jeux dits post-traumatiques selon Romano. Le premier, que l'auteure nomme *jeu traumatique*, correspond à une mise en scène littérale et répétitive, voire compulsive, de l'expérience traumatique vécue par l'enfant. Ce dernier n'arriverait pas à apaiser sa détresse et demeurerait coincé dans cet événement, ne pouvant pas s'en libérer. Le deuxième type correspond au *jeu abréactif* dans lequel l'enfant arrive à élaborer un jeu, le faire évoluer et inventer une fin. Dans ce cas, l'enfant aurait conservé ou récupéré partiellement la capacité à intégrer l'évènement traumatique au plan psychique, lui permettant de surpasser la compulsion de répétition. Dans ce type de jeu, bien que l'enfant soit en partie dégagé de la souffrance qu'il a vécue, l'expression des angoisses et d'autres émotions associées à la reviviscence du trauma est possible. Ce jeu permettrait en fait à l'enfant de répéter l'intensité de son expérience traumatique afin de parvenir graduellement à la maîtriser et à l'élaborer. Le troisième type de jeu traumatique serait la *reconstitution par le jeu*, dans lequel l'enfant aurait atteint un certain équilibre psychique post-trauma. Ce n'est pas l'évènement traumatique dans sa globalité qui est mis en scène, mais plutôt certains aspects de celui-ci. L'enfant inclurait ainsi dans son jeu certaines *traces* de son vécu traumatique, de sorte que les indices apparaissent plus subtils au clinicien (Romano, 2010). Ainsi, les auteurs considèrent l'expression de tension, d'anxiété ou d'angoisse dans le jeu comme un indicateur de jeu traumatique (Chazan, 2004; Romano, 2010). Une capacité de régulation affective déficitaire ou rigide pourrait donc être révélatrice d'un trauma antérieur.

**Jeu et régulation affective.** Le jeu ne peut exister sans l'expression des émotions qui lui sont inhérentes (Chazan, 2002). Allen (2005) définit la régulation affective comme la capacité de l'individu à évaluer, contrôler et ajuster ses réponses émotionnelles (les comportements qui suivent l'expérience affective). Ce processus requiert des efforts, même pour les individus qui démontrent une bonne capacité à réguler les émotions. Selon l'auteur, il ne serait pas possible d'exercer un contrôle sur l'affect en tant que tel. Cependant, l'individu pourrait en influencer l'intensité, la durée et le comportement qui en permettra l'expression. Chez les individus ayant de bonnes capacités de mentalisation et d'autorégulation affective,



une émotion susciterait le recours à des mécanismes adaptatifs qui favorisent un état affectif tolérable pour la personne (Allen, 2005). Une capacité efficace à réguler les émotions chez l'enfant lui permettrait de prendre une certaine distance face à la situation, de sorte qu'il peut identifier, reconnaître et accepter son vécu affectif sans se laisser envahir par celui-ci (Verheugt-Pleiter, 2008). À l'inverse, une même situation pourrait entraîner des comportements autodestructeurs et des conséquences nocives chez un individu pour qui ces capacités ne sont pas suffisamment développées. L'enfant serait alors envahi par l'intensité de son vécu affectif et il ne pourrait pas identifier et comprendre ce qu'il vit. Dans le jeu, les difficultés de l'enfant à réguler les émotions se manifestent soit par une inhibition affective, soit par des débordements (Allen, 2005).

Plusieurs études ont démontré des relations unissant les traits de personnalité limite et des indicateurs de difficultés à réguler les émotions, telles qu'une faible tolérance à la détresse (Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez et Gunderson, 2006), une conscience émotionnelle appauvrie (Leible et Snell, 2004) et une peur de ressentir certaines émotions (évitement du vécu affectif; Bijttebier et Vertommen, 1999). Des antécédents d'abus psychologiques ou physiques chez l'enfant seraient également un facteur de risque à développer des difficultés concernant la régulation affective (Kuo, Khoury, Metcalfe, Fitzpatrick et Goodwill, 2015). Enfin, certains auteurs suggèrent que la capacité à réguler les émotions agit à titre de variable médiatrice entre les événements potentiellement traumatiques vécus au sein de la relation avec le parent et l'émergence de traits de personnalité limite (van Dijke, Ford, van Son, Frank et van der Hart, 2013).

Kernberg et ses collègues (2000) décrivent l'expression des émotions chez les enfants avec une personnalité limite comme intense et soudaine (par exemple, changements brusques d'humeur). L'anxiété serait envahissante et paralysante, notamment lors des séparations d'avec la principale figure de soins. Ces enfants présenteraient une faible tolérance à la frustration et peineraient à réguler leur colère, ce qui se manifesterait par d'intenses crises de colère ou des comportements auto et hétéro-agressifs. De plus, les enfants qui présentent des traits de personnalité limite éprouveraient moins d'empathie ou de culpabilité à la suite de gestes posés envers autrui. Enfin, ils expérimenteraient moins de plaisir et de bonheur que les autres enfants, ce qui se traduirait notamment par des difficultés à éprouver de la satisfaction et à utiliser le jeu pour neutraliser les frustrations. Il en découlerait un sentiment d'impuissance et des affects dépressifs (Kernberg et al., 2000).

### **Pertinence de l'étude**

La plupart des informations disponibles sur la trajectoire développementale de la personnalité limite proviennent d'études rétrospectives (par exemple, Herman et al., 1989; Zanarini et al., 2000), de propositions théoriques basées sur l'expérience clinique des auteurs (par exemple, Fonagy et Target, 2000; Kernberg, 1990; Pine, 1986) ou d'études de cas (par exemple, Chazan, 2002; Emmanuelli et Azoulay, 2012). Les modèles de compréhension théorique exposés par les auteurs, bien que pertinents, manquent parfois de reconnaissance chez les cliniciens d'allégeance autre que psychodynamique ou psychanalytique. Ainsi, force est de constater le manque d'appuis empiriques disponibles dans le domaine, indiquant l'importance

de démontrer scientifiquement la présence durant l'enfance d'indices cliniques liés au TPL et d'en comprendre davantage la dynamique développementale, objectif visé par la présente étude. Également, aucune étude, sauf erreur, n'a été réalisée jusqu'à présent concernant les indices de la régulation des affects et des mécanismes de défense susceptibles d'être observés dans le jeu des enfants ayant été victimes d'événements potentiellement traumatiques. Une meilleure compréhension des caractéristiques du jeu de ces enfants permettrait de repérer ceux qui risquent de manifester des traits de personnalité limite, afin d'adapter les traitements qui leur sont offerts (Kernberg, 1990) et d'atténuer leurs difficultés futures (Emmanueli et Azoulay, 2012).

### **Objectifs et hypothèses de recherche**

La présente étude, de nature exploratoire, s'inscrit dans une perspective développementale et une approche dimensionnelle. Elle vise à identifier des traits associés à la personnalité limite et des caractéristiques du jeu pouvant être liées à cette psychopathologie, qu'il serait possible d'observer dans le jeu des enfants d'âge scolaire ayant vécu des événements potentiellement traumatiques au sein de la relation avec leurs figures de soins.

Le premier objectif est de décrire les éléments caractéristiques des variables à l'étude, concernant d'une part les manifestations dans le jeu libre d'un vécu traumatique (jeu traumatique, thèmes de jeu à caractère traumatique), de la régulation des affects et des mécanismes de défense et, d'autre part, le degré auquel se révèlent les traits de personnalité limite selon une échelle auto-rapportée. Ce portrait sera dressé d'abord pour l'ensemble des participants, puis pour les enfants qui présentent du jeu traumatique. Des analyses statistiques descriptives, des tests de rang signé de Wilcoxon et des examens des moyennes seront utilisés pour répondre à cet objectif. Le second objectif concerne l'examen des relations d'association, à l'aide d'analyses de corrélations, entre les traits de personnalité limite, la régulation des affects et les mécanismes de défense, dans le but de déterminer quels indices observés dans le jeu libre de l'enfant peuvent être reliés à la pathologie limite. La première hypothèse suggère que les mécanismes de défense immatures seront associés à des traits de personnalité limite marqués, alors que les mécanismes de défense matures seront liés à un score plus bas à cette échelle. La seconde hypothèse propose que plus l'enfant se montrera rigide dans sa façon de réguler ses émotions dans le jeu, plus il aura des traits de personnalité limite selon l'échelle auto-administrée. Finalement, la troisième hypothèse avance que l'utilisation de mécanismes de défense immatures sera associée à des difficultés à réguler les affects, alors que le recours aux mécanismes de défense matures sera lié à des affects modulés de façon flexible.

## Participants

Quinze enfants âgés entre six et 11 ans ( $M = 8,87$  ans,  $ÉT = 1,64$ , cinq filles) composent l'échantillon. Ils ont vécu un ou plusieurs événements potentiellement traumatiques dans leur milieu familial d'origine (abandon :  $n = 7$ , négligence :  $n = 6$ , abus sexuel :  $n = 5$ , abus physique :  $n = 8$ , témoin de violence physique :  $n = 8$ ) et sont hébergés depuis au moins un mois dans une ressource de la protection de l'enfance, située en banlieue de la ville de Montréal, au Québec (unité de vie interne :  $n = 8$ , foyer de groupe externe :  $n = 7$ ). Les enfants ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme ont été exclus de l'étude, car leurs problèmes cognitifs ou neuro-développementaux aurait pu biaiser les résultats. Les éducateurs de suivi responsables des enfants ( $n = 13$ ) ont également participé à l'étude.

## Procédure

La présente étude s'inscrit dans un projet plus large visant à identifier les variables intrapsychiques et relationnelles liées à la gestion de l'agressivité chez les enfants hébergés sous la responsabilité de la protection de l'enfance. Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke et de celui du Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. D'abord, les éducateurs travaillant dans les centres d'hébergement ont été rencontrés afin de leur expliquer les implications de la recherche et de signer le formulaire d'information et de consentement. Les éducateurs ont ensuite rencontré les parents ou, dans l'absence des parents, les tuteurs légaux, dans le but de leur donner des explications détaillées concernant la participation de l'enfant et d'obtenir leur consentement libre et éclairé. Enfin, l'étude et la nature de leur participation furent expliquées aux enfants par les éducateurs ou par leurs parents en présence d'un intervenant afin d'obtenir leur assentiment selon une procédure prévue à cet effet.

Les enfants ont été rencontrés individuellement à trois reprises dans le contexte du projet de recherche plus large. L'échelle concernant les traits de personnalité limite a été administrée aux enfants à la première rencontre, avec l'aide d'un assistant de recherche qui a lu à voix haute les consignes et les items à l'enfant afin d'assurer sa compréhension. Ensuite, l'enfant a été invité à participer à une période de jeu libre, d'une durée de 30 minutes, lors de la troisième rencontre. La consigne émise à l'enfant était la suivante : « Avant de commencer à jouer, j'aimerais te montrer tous les jouets qu'il y a dans la salle. De cette façon tu pourras savoir avec quoi tu veux jouer. Tous les jouets sont à ta disposition et tu pourras faire ce que tu veux. Nous serons dans la salle pendant trente minutes, une demi-heure. Durant ce temps, tu pourras jouer, et moi, je vais observer ce que tu fais. Cela va me permettre de mieux te connaître. Si tu as besoin de ma collaboration ou de mon aide, tu peux me la demander ». Les périodes de jeu ont été enregistrées sur bande audiovisuelle pour des fins de cotation et d'analyse. La cotation a été effectuée par des chercheurs qualifiés et accrédités qui ne connaissaient pas les antécédents (traumatiques ou autres) de ces enfants. En parallèle, l'éducateur de

suivi a rempli un bref questionnaire sur les données sociodémographiques et les antécédents de l'enfant.

### Instruments de mesure

**Questionnaire sociodémographique.** Questionnaire complété par l'éducateur de suivi visant à recueillir des informations sur les données socio-démographiques, le motif d'hébergement et les événements marquants dans l'histoire de vie de l'enfant. La recension des informations a été complétée à partir de la révision du dossier de l'enfant. La décision de remettre ce questionnaire aux éducateurs plutôt qu'aux parents découle d'un souci d'uniformiser la procédure et d'éviter les biais de réponse. Ayant été retirés de leur milieu familial, ces enfants ne côtoient pas leurs parents au quotidien ou, dans certains cas, n'ont plus de contact avec eux.

**Échelle de traits de personnalité limite pour enfants (ÉTPLE)<sup>2</sup>.** Traduction française du *Borderline Personality Features Scale for Children* (BPFS-C; Crick et al., 2005), effectuée par Terradas et Achim (2010). Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté rempli par l'enfant. L'instrument permet d'identifier les traits de personnalité associés au TPL chez les enfants d'âge scolaire. Jusqu'à présent, il avait été validé auprès d'enfants de neuf ans et plus. Il a toutefois été utilisé chez des enfants à partir de l'âge de six ans car ils étaient accompagnés d'un assistant de recherche qui leur lisait les énoncés et leur fournissait des explications au besoin, de façon à s'assurer que les items seraient bien compris par ces enfants. Le questionnaire comprend 24 énoncés auxquels l'enfant répond sur une échelle de type Likert allant de *pas du tout vrai* (1) à *toujours vrai* (5). Les items se distribuent en quatre sous-échelles : instabilité affective, problèmes d'identité, relations interpersonnelles négatives et autodestruction. La version originale de l'instrument, validée auprès de 400 enfants américains de 4e, 5e et 6e année du primaire, présente d'excellentes propriétés psychométriques (stabilité temporelle après 6 mois et 1 an :  $r_{T_1-T_2} = 0,56$ ,  $r_{T_1-T_3} = 0,47$ ,  $r_{T_2-T_3} = 0,58$ ; cohérence interne :  $\alpha > 0,76$  aux trois temps de mesure; validité de construit des différentes sous-échelles; Crick et al., 2005). La version française a été validée auprès de 262 enfants francophones et 43 enfants bilingues de la province de Québec. L'analyse factorielle révèle un modèle en quatre composantes expliquant 46,61 % de la variance totale : (a) Contrôle des impulsions (impulsivité, agressivité et comportements autodestructeurs), (b) Relations interpersonnelles négatives (durabilité des relations, agressivité relationnelle, contrôle et jalousie dans les relations avec les pairs), (c) Régulation des émotions (affects intenses, instables et inappropriés au contexte, et inquiétude face aux pertes) et (d) Sentiment de vide

---

2. L'échelle de traits de personnalité limite pour enfants (ÉTPLE) a été traduite en français selon la méthode traduction/retraduction (Behling et Law, 2000) et une approche consensuelle (Bradley, 1994). Selon cette méthode, deux personnes bilingues traduisent l'instrument de façon indépendante, puis comparent leurs versions et résolvent les différences. Ensuite, une troisième personne traduit l'instrument dans sa langue d'origine afin de s'assurer que les énoncés conservent leur sens (Behling et Law, 2000). La traduction est enfin révisée par un comité d'experts et d'utilisateurs potentiels de l'instrument (Bradley, 1994).

(sentiment d'ennui et de solitude entraînant une souffrance). L'instrument permet d'obtenir un indice global de traits de personnalité limite ainsi que des indices de ces quatre composantes. La cohérence interne de l'instrument est satisfaisante ( $\alpha = 0,86$ ). Les corrélations entre les versions française et anglaise, administrées aux enfants bilingues avec une semaine d'intervalle, sont satisfaisantes (corrélations entre les sous-échelles variant 0,67 et 0,83; corrélation entre les scores totaux :  $r = 0,84$ ; Arsenault, Dubé, Terradas, Lallier Baudoin et Pesant, 2012; Dubé, Terradas et Arsenault, 2015).

**Children's Play Therapy Instrument (CPTI;** Kernberg, Chazan et Normandin, 1998; Chazan, 2002). Le CPTI est une grille d'analyse du jeu libre des enfants. Dans la présente étude, les périodes de jeu ont été cotées par deux personnes qui ont obtenu une accréditation auprès de Dre Saralea Chazan, une des auteures de l'instrument. Les échelles utilisées sont : (a) Présence ou absence de jeu traumatique, (b) Régulation et modulation des affects, (c) Thèmes mis en scène dans le jeu et (d) Mécanismes de défense. D'abord, l'échelle de jeu traumatique est cotée de façon dichotomique selon la présence (1) ou l'absence (0) de cette catégorie de jeu qui s'observe, selon Chazan (2004), par une mise en scène répétitive de thèmes à caractère traumatique, durant laquelle l'enfant manifeste des affects d'anxiété, de tension, de désespoir ou de tristesse, et qui n'atteint pas de résolution. L'indice Kappa s'avère modéré dans l'étude de validation de l'échelle originale ( $\kappa = 0,50$  entre les trois juges) et très fort dans la présente étude ( $\kappa = 0,91$  entre les deux juges). Les capacités de régulation et de modulation des affects chez l'enfant sont évaluées selon une échelle de type Likert allant de très rigide (1) à très flexible (5). Les indices de la capacité à réguler les affects sont repérés dans le jeu à travers le langage verbal et non verbal (par exemple, expressions faciales, posture, intonation de la voix) de l'enfant. La catégorie de régulation des affects dite *rigide* s'observe par des indices d'inhibition émotionnelle (apparence d'encapsulation ou de blocage au plan émotionnel) ou encore, de débordements émotifs (crises de colère, rage, pertes de contrôle sur soi) sans gradation et nuance. À l'inverse, la catégorie de régulation affective *flexible* correspond à des émotions exprimées par l'enfant à différents degrés d'intensité et à une oscillation souple et aisée entre celles-ci (Chazan, 2004). L'accord entre les deux juges obtenu à la présente étude est excellent (CCI = 0,97,  $p < 0,001$ ). L'instrument offre également la possibilité d'analyser les thèmes que l'enfant met en scène. Dans la présente étude, la présence (1) ou l'absence (0) de 48 thèmes (par exemple, prendre soin, destruction, séparation) a été cotée. L'indice Kappa obtenu est très fort ( $\kappa = 0,88$  entre les deux juges). La dernière échelle utilisée concerne l'identification de 39 stratégies défensives (basés sur les écrits de Vaillant, 1977, de Perry, Kardos et Pagano, 1993 et de Kernberg, 1994) à partir des manifestations comportementales et affectives de l'enfant. Les mécanismes de défense sont regroupés en quatre catégories, soit *adaptés* ou *normaux* (par exemple, sublimation, humour), *conflictuels-inhibés* ou *névrotiques* (par exemple, intellectualisation, formation réactionnelle), *impulsifs* ou *limites* (déli, clivage, identification projective, idéalisation primitive, dévalorisation primitive, contrôle omnipotent et identification à l'agresseur), et *désorganisés* ou *psychotiques* (par exemple, dédifférenciation, encapsulation autistique; Chazan, 2000, 2002, 2009). L'échelle présente un accord fort pour la version originale ( $\kappa = 0,75$ ; Chazan, 2009) et pour la présente étude ( $\kappa = 0,68$  entre les deux juges; CCI des quatre types de mécanismes de défense situés entre 0,59 et 0,94). Étant donné

la taille de l'échantillon, les mécanismes de défense ont aussi été regroupés en deux catégories pour certaines analyses, soit les mécanismes de défense matures (somme des catégories adaptés-normaux et conflictuels-inhibés-névrotiques) et les mécanismes de défense immatures (somme des catégories impulsifs-limites et désorganisés-psychothiques).

**Échelle de jeu traumatique selon la théorie de Romano (2010).** Une échelle, visant à mieux définir le jeu traumatique présenté par l'enfant, a été créée par les chercheurs. Cette échelle se base sur les écrits de Romano (2010) qui distingue le *jeu traumatique* (définition : mise en scène littérale, répétitive ou compulsive du trauma accompagnée d'une détresse significative), le *jeu abréactif* (définition : capacité de l'enfant à élaborer un scénario qui évolue et atteint une résolution, mais accompagnée d'indices d'angoisse associée à l'évènement traumatique) et la *reconstitution par le jeu* (définition : le jeu inclut certaines traces ou indices du vécu traumatique, sans que le trauma soit mis en scène dans sa globalité). Les trois catégories ont été cotées en fonction de leur *présence* (1) ou *absence* (0). L'accord entre les deux juges pour l'ensemble des participants est fort pour le *jeu traumatique* ( $\kappa = 0,65$ ) et la *reconstitution par le jeu* ( $\kappa = 0,76$ ), alors qu'il est modéré pour l'échelle de *jeu abréactif* ( $\kappa = 0,51$ ).

## Résultats

Des analyses préliminaires ont permis de vérifier les propriétés des distributions des variables. Elles démontrent que la plupart des échelles ne respectent pas les postulats de base relatifs à la distribution normale des résultats. Des analyses non paramétriques sont utilisées.

### Premier objectif : portrait descriptif des enfants participant à l'étude

Des analyses descriptives ont permis de dresser un portrait des participants concernant les indices de jeu traumatique selon les définitions de Chazan (2004) et de Romano (2010), les thèmes de jeu, l'utilisation des mécanismes de défense, la capacité à réguler les émotions et les traits de personnalité limite. Quatorze participants ont été considérés pour les analyses du jeu libre, l'un des garçons n'ayant pas su utiliser le matériel offert pour élaborer un segment de jeu.

**Indices de jeu traumatique, thèmes, mécanismes de défense et capacité à réguler les affects repérés à travers le jeu libre de l'enfant.** La majorité des enfants ( $n=11$ ) de l'échantillon présentent des indices de jeu traumatique selon les critères du CPTI (Chazan, 2004). Le jeu de ces enfants a ensuite été ré-analysé afin d'apprécier le sous-type de jeu traumatique présenté, à partir des définitions proposées par Romano (2010). De ce nombre, cinq enfants rencontrent les critères du *jeu traumatique* au sens de Romano, trois ceux du *jeu abréactif* et trois autres ceux de la *reconstitution par le jeu*.

L'occurrence des thèmes de jeu évalués selon les critères du CPTI (Chazan, 2004) a été déterminée à l'aide d'analyses de fréquence. Deux thèmes sont présents chez la moitié de l'échantillon (7 participants) ou plus, soit le dommage au corps ( $n = 8$ ; définition : le jeu est axé sur les blessures physiques, incluant les mutilations

corporelles, les coupures ou les brûlures) et les bébés ( $n = 8$ ; définition : le scénario de jeu inclut un personnage de bébé). Certains thèmes de jeu ne sont observés que chez les enfants qui rencontrent les critères de jeu traumatique selon la définition de Romano (2010). Il s'agit des thèmes d'abandon ( $n = 2$ ; définition : le jeu concerne la séparation entre un enfant et sa figure de soins, l'abandon ou le rejet de la part du parent), d'adoption ( $n = 2$ ; définition : le jeu est axé sur un thème d'adoption d'un enfant par une nouvelle famille ou un changement de figures parentales) et de torture ( $n = 3$ ; définition : le jeu est axé sur une thématique de souffrance physique infligée volontairement à un être humain).

Des tests des rangs signés de Wilcoxon pour échantillons appariés ont été appliqués aux échelles mesurant le recours aux mécanismes de défense (voir Tableau 1). Les résultats indiquent que le score médian des participants à l'échelle mesurant les mécanismes de défense *impulsifs* ou *limites* est significativement différent et supérieur aux scores médians qu'ils obtiennent aux trois autres échelles évaluant les mécanismes de défense, soit de type *adaptés* ou *normaux*, *conflictuels-inhibés* ou *névrotiques* et *désorganisés* ou *psychotiques*. Plus précisément, les enfants utilisent davantage les mécanismes de défense *impulsifs* ou *limites* dans le segment de jeu analysé, que les trois autres types de mécanismes de défense évalués.

**Tableau 1. Scores médians obtenus à l'échelle des mécanismes de défenses impulsifs ou limites en comparaison aux trois autres catégories de mécanismes de défense**

	Désorganisés- psychotiques (Méd = 1,50)		Conflictuels- névrotiques (Méd = 2,00)		Adaptés- normaux (Méd = 2,00)	
	<i>T</i>	<i>r</i>	<i>T</i>	<i>r</i>	<i>T</i>	<i>r</i>
<b>Impulsifs-limites (Méd = 4,00)</b>	7,50*	- 0,43	4,00*	- 0,45	7,92**	- 0,51

\*  $p < 0,03$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

De plus, l'examen des moyennes des scores révèle une utilisation prédominante de mécanismes de défense *impulsifs* ou *limites* chez les enfants qui rencontrent les critères de jeu traumatique du CPTI (Chazan, 2004;  $M = 3,73$ ,  $ÉT = 0,79$ ) en comparaison à ceux qui n'en présentent pas ( $M = 2,33$ ,  $ÉT = 0,58$ ). Cette différence est de grande taille ( $\eta^2 = 0,40$ ).

Ensuite, la capacité de régulation des affects de l'enfant est évaluée selon un continuum en cinq catégories, allant de *très rigide* à *très flexible* (voir Tableau 2). La plupart des participants ( $n = 9$ ) manifestent des indices dans leur jeu de difficultés à réguler et à moduler leurs émotions (catégorie *très rigide* ou *rigide*; score bas à l'échelle). Plus précisément, le jeu de six participants correspond aux critères d'une catégorie de régulation des affects de type *rigide* et trois enfants à ceux d'une catégorie dite *très rigide*. À l'inverse, trois enfants manifestent des indicateurs d'une capacité de régulation affective *flexible*. Enfin, deux participants se situent dans la

catégorie *modérée*. Aucun participant ne présente une régulation des émotions *très flexible*. Une relation a été trouvée entre la présence de *jeu traumatique*, au sens de Romano (2010), et la catégorie de régulation des émotions dite *rigide* (correspond à un score bas à l'échelle mesurant la capacité de régulation affective :  $M = 1,60$ ,  $ÉT = 0,55$ ), en comparaison à l'absence de ce type de jeu qui serait liée à une modulation émotionnelle davantage *flexible* (score plus élevé à la même échelle;  $M = 2,78$ ,  $ÉT = 1,09$ ; grande taille d'effet;  $\eta^2 = 0,29$ ).

**Tableau 2. Catégorie de régulation des affects selon les critères du CPTI (n = 14).**

Catégorie de régulation des affects	n
Très rigide	3
Rigide	6
Modérée	2
Flexible	3
Très flexible	0

**Traits de personnalité limite.** Les études portant sur l'ÉTPLE avaient pour objet sa validation et ne présentent pas de score moyen pour les sous-échelles. Néanmoins, Crick et ses collègues (2005) ont publié le score total à l'échelle obtenus par les participants à trois temps de mesure dans l'étude de validation de la version originale de l'instrument (BPFS-C). Puisqu'il n'existe pas de seuil clinique pour cet instrument et que les sous-échelles du BPFS-C et de l'ÉTPLE sont fortement corrélées (Dubé et al., 2012), les résultats de l'étude de validation du BPFS-C ont servi de référence pour comparer ceux obtenus par les enfants participant à la présente étude. Les échantillons des deux études présentent cependant des caractéristiques différentes (par exemple, nombre et âge des participants) et ne peuvent être comparés à l'aide d'analyse statistique. Le tableau qui suit ne permet donc que d'observer une tendance. Cette information permet de constater que les participants de l'étude obtiennent en moyenne des scores totaux légèrement plus élevés que les enfants de la population générale (voir Tableau 3).

**Tableau 3- Moyennes et écarts-type à l'ÉTPLE (traits de personnalité limite).**

Participants à l'étude (n = 15)	Instabilité affective		Problèmes d'identité		Relations interpersonnelles négatives		Comportements autodestructeurs		Score global	
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT
	18,56	4,14	17,57	6,12	14,33	5,45	14,53	4,88	64,99	14,91
Population générale (n = 400) *									55,46	12,34
									59,73	13,14

\* Données issues de l'article de validation du BPFS-C (Crick et al., 2005).

Note. L'étendue possible des scores à l'ÉTPLE et au BPFS-C est de 24 à 120.



## Deuxième objectif : relations entre les différentes variables à l'étude

**Traits de personnalité limite et mécanismes de défense.** Aucune relation significative n'a été trouvée entre les traits de personnalité limite et les mécanismes de défense utilisés.

**Traits de personnalité limite et régulation des affects.** Aucune relation significative n'a été trouvée entre les traits de personnalité limite et la capacité à réguler les affects.

**Régulation des affects et mécanismes de défense.** Des analyses de corrélations bilatérales non paramétriques *Tau-B* de Kendall ont permis de vérifier les relations entre les mécanismes de défense matures ou immatures et la capacité à réguler les affects (un score bas correspond à une catégorie rigide et un score élevée à une catégorie flexible) tels qu'observés dans le jeu libre. Les résultats montrent une corrélation significative positive entre le recours aux mécanismes de défense matures (correspondent à la somme des catégories « adaptés-normaux » et « conflictuels-névrotiques » du CPTI) et la capacité à réguler les émotions ( $\tau = 0,61$ ;  $p < 0,01$ ), ce qui signifie que plus les mécanismes de défense utilisés sont matures, plus l'enfant se montre flexible dans sa façon de réguler et de moduler ses affects dans le segment de jeu. Une corrélation inverse significative est trouvée entre l'utilisation de mécanismes de défense immatures (correspondent à la somme des catégories « impulsifs-limites » et « désorganisés-psychotiques » du CPTI) et la capacité de régulation affective ( $\tau = - 0,41$ ;  $p < 0,05$ ). Ainsi, plus les mécanismes de défense utilisés sont immatures, plus des indices de rigidité et de difficultés à réguler les émotions sont observés dans le jeu de l'enfant.

## Discussion

Cette étude, de nature exploratoire, visait à décrire le jeu libre d'un échantillon composé de 15 enfants pris en charge par la protection de l'enfance, ainsi qu'à explorer les relations entre les traits de personnalité limite, les mécanismes de défense et la régulation des affects de ces enfants. Le premier objectif de recherche était de dresser un portrait des caractéristiques des enfants participant à l'étude, d'abord de façon générale, puis en considérant seulement ceux qui rencontrent les critères de *jeu traumatique*, en raison des écrits théoriques et scientifiques ayant démontré des liens entre les antécédents traumatiques et les traits de personnalité limite. Pour répondre à cet objectif, les indices repérés dans le jeu libre et les résultats obtenus à l'échelle mesurant les traits de personnalité limite ont été documentés dans les résultats.

Le jeu libre a été considéré pour 14 enfants, l'un des garçons n'ayant pas utilisé le matériel disponible de façon ludique (refus de participer au segment de jeu libre). Chazan (2002) suggère que l'incapacité à jouer chez l'enfant peut être associée à une détresse importante et peut être liée à un vécu traumatique. L'une des explications possibles de l'absence de jeu chez cet enfant (incapacité temporaire à jouer minimalement) concerne les événements potentiellement traumatiques auxquels il a été exposé durant son enfance. L'examen des antécédents de ce participant révèle qu'il a vécu de l'abus sexuel et physique et qu'il a été témoin de

violence dans son milieu familial d'origine. De plus, la période de jeu libre faisait suite à la passation de la version française du *Child Attachment Interview*<sup>3</sup>, instrument qui aurait pu réactiver chez ce participant une souffrance liée à la relation avec ses figures d'attachement et empêcher, temporairement, qu'il ait accès à ses capacités d'élaboration par le jeu.

La plupart des enfants prenant part à la recherche (11 des 14 enfants ayant utilisé le matériel de jeu) rencontrent les critères de jeu traumatique tel que défini par Chazan (2004). Selon cette auteure, le jeu traumatique consiste en une répétition de thèmes de jeu spécifiques associés au trauma qui s'accompagne d'indices d'anxiété ou de dépression, de l'absence d'une solution satisfaisante ou d'un sentiment de satiété. De ce nombre, le jeu de cinq enfants correspond à la définition plus sévère et pointue de *jeu traumatique* de Romano (2010), qui réfère à une mise en scène littérale, répétitive ou compulsive du trauma accompagnée d'une détresse significative. Trois des 11 enfants présentent un *jeu abréactif*, caractérisé par l'élaboration d'un scénario de jeu qui évolue et atteint une résolution, mais qui s'accompagne d'une certaine anxiété associée à l'évènement traumatique. Enfin, les trois autres enfants font preuve d'une *reconstitution par le jeu*. Cette catégorie implique l'inclusion de certaines traces du vécu traumatique, sans remise en scène du trauma dans sa globalité (Romano, 2010). Ces observations sont cohérentes avec les connaissances antérieures qui soulignent que les enfants ont tendance à mettre en scène dans leur jeu des indices témoignant de leur vécu traumatique (Chazan, 2002; Romano et al., 2008; Terr, 1990), puisque les enfants ayant participé à l'étude sont tous pris en charge par la protection de l'enfance en raison d'exposition à des évènements potentiellement traumatiques dans leur milieu familial. Par ailleurs, plus de la moitié des enfants (8 participants) présentent des thèmes associés au dommage au corps et aux *bébés*. Certains thèmes pouvant être liés aux évènements potentiellement traumatiques (abandon, adoption, torture physique) sont uniquement présents chez les enfants qui rencontrent les critères de jeu traumatique au sens de Romano (2010). Cette auteure suggère que les enfants qui présentent ce type de jeu ne peuvent élaborer l'expérience traumatique à un niveau symbolique puisque leurs capacités d'adaptation sont submergées par la détresse qui en découle, ce qui s'exprime par des thèmes de jeu plus proches de la réalité de cet évènement.

En ce qui concerne les mécanismes de défense identifiés dans le jeu, les enfants utilisent de façon prédominante des mécanismes de défense de type *impulsif-limite* (immatures) tels que le clivage, le déni, l'identification projective et l'identification à l'agresseur. Cependant, les enfants qui ne présentent pas de jeu traumatique au sens de Chazan (2004) ont tendance à utiliser plus de mécanismes de défense matures que ceux qui mettent en scène ce type de jeu.

---

3. Entrevue semi-structurée, composée de 15 questions, permettant d'activer les relations d'attachement et de stimuler la production de récits d'attachements chez les enfants âgés de 7 à 12 ans en réponse aux questions concernant leurs relations avec leurs figures de soin significatives.

En ce qui a trait à la régulation des affects, la majorité des enfants rencontrent les critères d'une capacité de régulation et de modulation des émotions allant de *rigide* à *très rigide* selon les indices manifestés dans le jeu. La présence de jeu traumatique, tel que défini par Romano (2010), a été associée à davantage de difficultés chez les enfants à réguler leurs affects (score bas à l'échelle), en comparaison aux participants qui ne rencontreraient pas les critères spécifiques de ce type de jeu. Selon Romano, le jeu traumatique est souvent associé à une capacité déficitaire de régulation des affects. Ces résultats sont cohérents avec la théorie de Pine (1986) qui indique que le développement de la capacité à gérer les émotions et la maturation des mécanismes de défense chez l'enfant seraient entravés par le manque de disponibilité affective et l'imprévisibilité des parents.

En l'absence de normes de comparaison et de « score-seuil » concernant les traits de personnalité limite (scores obtenus à l'ÉTPLE), les scores totaux moyens obtenus par des enfants de 9 à 12 ans issus de la population générale ayant participé à l'étude de validation du BPFSS-C (Crick et al., 2005) ont été utilisés à titre de référence. Les enfants de l'échantillon obtiennent un score total en moyenne légèrement plus élevé que celui des enfants de l'étude de validation. Aucune analyse statistique n'a cependant été appliquée, considérant les différences entre les deux groupes. L'étude n'a donc pu permettre de vérifier si les traits de personnalité limite sont plus marqués chez les enfants ayant vécu des événements potentiellement traumatiques, tel que soulevé par la littérature qui propose qu'un vécu traumatique dans le milieu familial est un facteur de risque à développer un TPL à l'âge adulte (Bradley et al., 2005; DiMascio, 2001; Herman et al., 1989; Kernberg, 1990; Paris, 2000; Zanarini et al., 2000).

Le deuxième objectif de l'étude concernait l'examen des relations entre les traits de personnalité limite, la régulation des affects et les mécanismes de défense. D'abord, les deux premières hypothèses n'ont pas reçu l'appui statistique anticipé puisqu'aucune relation significative n'est trouvée liant les traits de personnalité limite aux mécanismes de défense ou à la régulation des affects. Pourtant, plusieurs auteurs considèrent que le recours à des mécanismes de défense immatures serait l'une des caractéristiques principales du TPL (Bond, Paris et Zweig-Frank, 1994; Cramer, 1999; Kernberg, 2004). Également, les relations associant le TPL et les difficultés à réguler les émotions sont suggérées par plusieurs études (Bijttebier et Vertommen, 1999; Gratz et al., 2006; Leible et Snell, 2004). Il serait pertinent de reproduire la recherche en tenant compte de plusieurs limites, afin de vérifier ces hypothèses.

Enfin, les résultats de l'étude vont dans le sens de la troisième hypothèse puisqu'ils montrent que l'utilisation de mécanismes de défense matures est liée à un score plus élevé à l'échelle évaluant la capacité à réguler et à moduler les affects, ce qui correspond à une régulation affective plus flexible et adaptée. À l'inverse, les mécanismes de défense immatures sont associés à une régulation affective plus rigide. Alors que les mécanismes de défense correspondent aux moyens utilisés par l'individu pour faire face aux émotions et aux pensées qui induisent chez lui une certaine souffrance (Di Giuseppe et al., 2014), la régulation affective se définit comme la capacité de l'individu à évaluer, contrôler et ajuster ses réponses émotionnelles (ses comportements) à la suite d'une expérience affective (Allen,

2005). Une recherche réalisée par Sala, Testa, Pons et Molina (2015), auprès de 314 étudiants universitaires âgés entre 18 et 26 ans (50 % de femmes), a mis en évidence des liens entre la régulation des affects et les mécanismes de défense. Les auteurs suggèrent entre autres éléments qu'il s'agit de deux processus par lesquels la personne répond à une situation induisant chez elle une émotion particulièrement forte (par exemple, stress, souffrance).

Bien que les résultats de l'étude s'avèrent modestes, ceux-ci permettent de faire ressortir l'utilité de la grille d'analyse du jeu libre du CPTI pour mesurer les mécanismes de défense et la capacité de régulation affective susceptibles d'être liés à des antécédents traumatiques. Également, cet instrument permet d'apprécier la présence de jeu traumatique et les différents thèmes mis en scène par l'enfant. Il apparaît être un outil intéressant pour l'évaluation clinique des enfants à partir du jeu, notamment dans le cadre d'une psychothérapie par le jeu.

Les réactions affectives, comportementales ou relationnelles mesurées par l'ÉTPLE peuvent aussi refléter des tentatives de l'enfant de s'adapter aux événements potentiellement traumatiques qu'il a vécu ou à des efforts qu'il investit pour s'adapter au changement de milieu de vie (retrait du milieu familial, hébergement dans un foyer de groupe ou un centre de réadaptation). Ce type d'évènement a des impacts considérables sur le développement psychique de l'enfant (Allen, 2005). Les comportements que les enfants de l'échantillon adoptent peuvent être en fait compris comme des tentatives de s'adapter à leur environnement précaire. Un milieu familial imprévisible et chaotique, un manque de disponibilité physique ou mentale répétée du parent ou encore l'exposition à des événements traumatiques en bas âge seraient des facteurs contributifs à l'émergence de traits de personnalité limite (Allen, 2005; DiMascio, 2001; Pine, 1986). Les manifestations observées chez les enfants maltraités, qui peuvent s'apparenter d'une façon aux traits de personnalité limite, ainsi que leur recours prédominant aux mécanismes de défense immatures, permettent leur survie psychique au moment où ils se trouvent dans leur développement (Pine, 1986). C'est la cristallisation de ces stratégies d'adaptation ou leur utilisation rigide et inadaptée qui serait pathologique (Kernberg et al., 2000), d'où l'importance d'intervenir dès l'enfance auprès de la clientèle à risque.

### **Limites, pistes de recherche futures et retombées de l'étude**

Cette recherche présente un examen préliminaire d'un sujet d'étude qu'il serait pertinent d'approfondir en tenant compte d'au moins cinq limites. D'abord, il aurait été pertinent d'avoir un plus grand nombre de participants afin de permettre des analyses statistiques plus robustes. Notons toutefois que les chercheurs ont été confrontés à de multiples difficultés lors du recrutement des participants, telles que l'obtention de l'autorisation des parents et la disponibilité des enfants et éducateurs. Ces difficultés ont grandement limité le nombre d'enfants évalués.

La seconde limite concerne l'homogénéité de l'échantillon, qui n'inclut que des jeunes qui ont vécu des événements traumatiques dans le passé et qui sont issus de milieux familiaux carencés, dysfonctionnels et jugés incapables de garantir la sécurité et le développement de ces enfants. Les jeunes qui sont hébergés dans un centre de réadaptation ou un foyer de groupe sont généralement les cas les

plus complexes pris en charge par la protection de l'enfance, les autres ressources ne pouvant pas répondre à leurs besoins spécifiques dans le moment présent. Le caractère restreint et homogène de l'échantillon limite ainsi les possibilités de généralisation des résultats. Si une étude était menée à nouveau auprès d'une telle population, il serait important de documenter davantage la symptomatologie traumatique des enfants et les conséquences des événements traumatiques vécus, ce qui pourrait d'une certaine façon contrer cette limite. Il serait donc pertinent que de futures recherches soient menées auprès d'un échantillon incluant des enfants dont le développement ou la sécurité a été jugé compromis, mais pour qui les services mis en place seraient plus variés (par exemple, maintien dans le milieu familial d'origine avec services de soutien, placés auprès d'un tiers significatif ou dans une famille d'accueil), ce qui permettrait de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des enfants en contexte de protection de l'enfance. Il serait également intéressant de comparer les résultats à ceux d'enfants issus de la population générale. L'inclusion d'un groupe de contrôle permettrait d'avoir plus de variété dans les manifestations des différentes variables à l'étude et ainsi de vérifier les relations entre celles-ci.

Troisièmement, l'âge des enfants peut être une limite de l'étude. La difficulté de certains enfants de 6 à 11 ans, surtout les plus jeunes, à identifier et comprendre leurs émotions et leurs réactions comportementales aurait pu occasionner des biais dans leurs réponses à l'instrument utilisé pour mesurer les traits de personnalité limite, qui est de nature auto-rapportée. L'identification des traits de personnalité pathogènes, bien qu'elle soit effectuée à partir de manifestations comportementales observables, nécessite des capacités d'introspection et une connaissance de soi suffisamment développées. Tel que suggéré par Bleiberg (2001) et DiMascio (2001), le développement de la capacité réflexive des enfants en contexte de protection de l'enfance a pu être entravé par l'exposition à des événements potentiellement traumatiques en bas âge. Il est donc probable qu'il ait été difficile pour les participants de percevoir avec justesse le déclenchement en eux de ces traits de personnalité limite, ou d'en interpréter les effets en tant qu'indices de leur activation. Par conséquent, l'âge et les antécédents des participants auraient pu nuire à la validité des résultats à ce type d'échelle de mesure. Il semble pertinent de construire une nouvelle version de l'ÉTPLE qui serait complétée par un psychothérapeute. L'évaluation de ce construit par un professionnel spécialisé auprès de la population infantile pourrait possiblement permettre d'éviter ce biais dans les études futures.

Quatrièmement, les chercheurs ont noté que la cotation des segments de jeu était plus complexe lorsque les enfants ne développaient pas un jeu de faire semblant ou un jeu symbolique (par exemple, activité artistique, jeu sensoriel), les critères proposés par le CPTI (Chazan, 2004) étant moins précis. Étant donné que les antécédents traumatiques des participants peuvent rendre plus difficile pour eux l'utilisation du matériel de jeu de façon créative (Chazan 2002), il est possible que la période de jeu restreinte à 30 minutes ait limité leur élaboration de jeux plus complexes ou suffisamment représentatifs de leur fonctionnement psychique. Il pourrait être pertinent d'offrir aux enfants des périodes de jeu plus longues, ou encore plusieurs périodes de jeu à des moments distincts pour obtenir des informations plus variées. D'un autre côté, les auteures du CPTI en suggèrent l'utilisation dans le contexte d'une psychothérapie. Le contexte d'évaluation peut donc constituer une

limite et certains biais peuvent en découler, tels que la disposition des enfants à se prêter à l'exercice ou leur état psychologique et physique lors de cette journée. L'inclusion de plusieurs périodes de jeu libre dans une étude future, permettrait de refléter l'étendue des conflits intrapsychiques et des enjeux psychologiques des participants, en plus de contrer ces biais possibles.

Enfin, une cinquième limite réside dans la possibilité que certains traits mesurés par l'ÉTPLE reflètent, du moins en partie, des stratégies adaptatives utilisées par l'enfant pour faire face aux événements potentiellement traumatiques qu'il a vécu et à son environnement précaire, tel qu'avancé dans la discussion. La lecture des items de cette échelle dans Dubé et al. (2015) permet de constater certains recoupements avec des réactions traumatiques. Par exemple, l'item 13 (*Les gens qui sont proches de moi m'ont laissé(e) tomber*) pourrait référer à une situation réelle pour les participants de l'étude, sans nécessairement être contributif à des relations interpersonnelles négatives. Il serait intéressant de mener une étude afin d'évaluer la validité divergente de l'instrument avec une échelle mesurant la symptomatologie traumatique.

Malgré ces limites, les résultats de cette recherche, bien que modestes, permettent de constater l'utilité que peut avoir l'analyse du jeu libre de l'enfant dans l'évaluation clinique des symptômes traumatiques, des mécanismes de défense et de la capacité à réguler les émotions. Le CPTI s'avère être un outil intéressant et adapté à la réalité clinique des psychothérapeutes qui œuvrent auprès des enfants permettant de repérer dès le bas âge certains facteurs de risque qui ont été démontrés liés au TPL dans des études rétrospectives (Herman et al., 1989; Zanarini et al., 2000) ou des écrits théoriques (Chazan, 2002; Emmanuelli et Azoulay, 2012; Fonagy et Target, 2000; Kernberg, 1990; Pine, 1986). L'étude a permis de démontrer l'importance d'identifier la présence de traits de personnalité limite durant l'enfance. À notre connaissance, c'est la première fois que les relations entre les traits de personnalité limite, les mécanismes de défense, la régulation affective et les antécédents traumatiques ont été étudiées à partir de l'analyse du jeu libre auprès d'enfants francophones d'âge scolaire. Un examen ultérieur des relations unissant ces concepts tenant compte des limites exposées rendrait possible l'identification des indices cliniques liés au trouble limite se manifestant dès l'enfance, afin de mieux repérer les enfants considérés à risque et ainsi orienter les soins qui leurs sont offerts pour qu'ils répondent mieux à leurs besoins. Des interventions précoces auprès de cette clientèle permettraient éventuellement de prévenir l'évolution des traits de personnalité limite (Emmanuelli et Azoulay, 2012).

## Références

- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding* (2<sup>nd</sup> éd.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Alvarez A. et Phillips, A. (1998). The importance of play: A child psychotherapist's view. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 3(3), 99-103.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). *DSM-5®. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, France : Elsevier Masson.
- Anzieu, A. et Daymas, S. (2007). Introduction. Dans A. Anzieu, C. Anzieu-Premmereur et S. Daymas (Dir.), *Le jeu en psychothérapie de l'enfant* (p. 3-11). Paris, France : Dunod.

- Arsenault, S., Dubé, G., Terradas, M. M., Lallier Baudoin, M.-C. et Pesant, S. (2012, mars). *L'enfant borderline en devenir : validation de l'Échelle des traits de personnalité limite pour les enfants*. Communication par affiche présentée au 34<sup>e</sup> congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie (SQRP), Sherbrooke.
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S. et McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic efficiency of Borderline Personality Disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2042-2047.
- Behling, O. et Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments. Problems and solutions*. Londres, Angleterre: Sage Publications.
- Bijttebier, P. et Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 26, 847-856.
- Bleiberg, E. (2001). *Treating personality disorders in children and adolescents: a relational approach*. New York, NY: The Guilford Press.
- Bond, M., Paris, J. & Zweig-Frank, H. (1994). Defense styles and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(1), 28-31.
- Bradley, C. (1994). *Handbook of psychology and diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice* (pp.43-55). Chur, Suisse: Hardwood Academic Publisher.
- Bradley, R., Conklin, C. Z. et Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 1006-1019.
- Chazan, S. E. (2000). Using the Children's Play Therapy Instrument (CPTI) to measure the development of play in simultaneous treatment: A case study. *Infant Mental Health Journal*, 21(3), 211-221.
- Chazan, S. E. (2002). *Profiles of Play: Assessing and Observing Structure and Process in Play Therapy*. Londres, Angleterre: Jessica Kingsley Publishers.
- Chazan, S. E. (2004). *Children's Play Therapy Instrument (CPTI)*. MANUAL. Version révisée par S. E. Chazan du *Children's Play Therapy Instrument (CPTI)*, Kernberg, P. F., Chazan, S. E., et Normandin, L. (1997). Document inédit, New York, NY.
- Chazan, S. E. (2009). Observing Play Activity: The Children's Developmental Play Instrument (CDPI) with reliability studies. *Child Indicators Research*, 2(4), 417-436.
- Chethik, M. (2000). *Techniques of child therapy: Psychodynamics Strategies* (2<sup>e</sup> éd.). New-York, NY: The Guilford Press.
- Cramer, P. (1999). Ego functions and ego development: Defense mechanisms and intelligence as predictors of ego level. *Blackwell Publishing*, 67(5), 735-760.
- Crick, N. R., Murray-Close, D. et Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 17, 1051-1070.
- Debray, Q. et Nollet, D. (2011). *Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique* (6<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Elsevier Masson.
- DiMascio, D. (2001). *The theory of the relationship of maltreatment and dysfunctional attachment to borderline personality disorder: A critical review of the literature* (Thèse de doctorat inédite). Alliant International University, San Diego, Californie.
- Di Giuseppe, M., Perry, J. C., Petraglia, J., Janzen, J. et Lingiardi, V. (2014). Development of a Q-sort version of the Defense Mechanism Rating Scales (DMRS-Q) for clinical use. *Journal of Clinical Psychology*, 70(5), 452-465.
- Dubé, G., Terradas, M. M. et Arsenault, S. (2015). L'enfant borderline en devenir II : validation préliminaire de l'Échelle de traits de personnalité limite pour enfants. *Santé mentale au Québec*, XL(3), 245-267.

- Emmanuelli, M. et Azoulay, C. (2012). *Les troubles limites chez l'enfant et l'adolescent. Apports du bilan psychologique*. Toulouse, France : Éditions Érès.
- Ferro, A. (2003). *L'enfant et le psychanalyste*. Paris, France : Éditions Érès.
- Fonagy, P. et Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 81, 853-873.
- Frederico, M. M., Jackson, A. L. et Black, C. M. (2008). Understanding the impact of abuse and neglect on children and young people referred to a therapeutic program. *Journal of Family Studies*, 14, 342-361.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W. et Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 850-855.
- Herman, J. L., Perry, J. C. et van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490-495.
- Hinshaw S. P., Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, 12, 555-598.
- Kernberg, O. F. (2004). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Kernberg, P. F. (1990). Resolved: Borderline personality exists in children under twelve. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(3), 478-479.
- Kernberg, P. F. (1994). Mechanisms of defense: development and research perspectives. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(1), 55-87.
- Kernberg, P. F., Chazan, S. E. et Normandin, L. (1998). The Children's Play Therapy Instrument (CPTI): Description, development, and reliability studies. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(3), 196-207.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S. et Bardenstein, K. K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. New York, NY: Basic Books.
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S. et Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and Borderline Personality Disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 147-155.
- Laplanche, J. et Pontalis, J. B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Leible, T. L. et Snell, W. E. Jr. (2004). Borderline Personality Disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37, 393-404.
- Lingiardi, V. et McWilliams, N. (dir.). (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual: PDM-2 (2<sup>e</sup> éd.)*. New York, NY: Guilford Publications Inc.
- Michel, G. et Purper-Ouakil, D. (2006). *Personnalité et développement : du normal au pathologique*. Paris, France : Dunot.
- Misès, R., Botbol, M., Bursztejn, C., Coinçon, Y., Durand, B., Garrabé, J., ... Raynaud, J. P. (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R.2012 : Correspondance et transcodage : CIM 10*. Paris, France : Presses de l'EHESP.
- Nevid, J., Rathus, S. et Greene, B. (2011). *Psychopathologie : une approche intégrée, adaptation française par Marie-Élaine Huberdeau [et al.]*. Saint-Laurent, Canada : ERPI.
- Paris, J. (2000). Childhood precursors of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 77-88.



- Perry, C. J., Kardos, M. E. et Pagano, C. J. (1993). The study of defenses in psychotherapy using the Defense Mechanism Rating Scale (DMRS). Dans U. Hentschel et W. Ehlers (Dir.), *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology: Theoretical, research, and clinical perspectives* (p. 122-132). New York, NY: Springer.
- Pine, F. (1986). On the development of the "Borderline-child-to-be". *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), 450-457.
- Romano, H. (2010). Traces du trauma dans les « jeux » d'enfants victimes d'évènements traumatiques. *Le Journal des psychologues*, 279, 57-61.
- Romano, H., Baubet, T., Moro M. R. et Sturm, G. (2008) Le jeu chez l'enfant victime d'évènements traumatiques. *Annales Médico Psychologiques*, 166, 702-710.
- Sala, M. N., Testa, S., Pons, F. et Molina, P. (2015). Emotion regulation and defense mechanisms. *Journal of Individual Differences*, 36(1), 19-29.
- Schore, A. N., (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269.
- Target, M. et Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(3), 459-479.
- Terr, L. (1990). *Too scared to cry: Psychic trauma in childhood*. New York, NY: Harper & Row Publishers.
- Terradas, M. M. et Achim, J. (2010). Échelles des traits borderline pour les enfants. Traduction française autorisée par les auteurs du Borderline Personality Features Scale – Children (BPFSC; Crick, Murray-Close, & Woods, 2005). *Document inédit. Université de Sherbrooke, Québec*.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston, MA: Little, Brown and Co.
- van Dijke, A., Ford, J. D., van Son, M., Frank, L. et van der Hart, O. (2013). Association of childhood-trauma-by-primary caregiver and affect dysregulation with Borderline Personality Disorder symptoms in adulthood. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 217-224.
- Verheugt-Pleiter, A. J. E. (2008). Intervention techniques: Affect regulation. Dans A. J. E. Verheugt-Pleiter, J. Zevalkink et M. G. J. Schmeets (dir.), *mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners* (p. 132-151). Londres, Angleterre: Karnac Books.
- Weaver, T. L. et Clum, G. A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1068-1075.
- Winnicott, D. W. (1975). Pourquoi les enfants jouent-ils? Dans D. W. Winnicott, *L'enfant et le monde extérieur* (p. 123-128). Paris, France : Payot. (Travail original publié en 1939 sous le titre Why children play? Dans *The Child, the Family, and the Outside World*).
- Winnicott, D. W. (1996). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Dans D. W. Winnicott, *Jeu et réalité : L'espace potentiel*, (p. 7-39). Paris, France : Gallimard. (Travail original publié en 1971 sous le titre Transitional objects and transitional phenomena. Dans *Playing and Reality*, Londres, Angleterre: Tavistock Publications).
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Lewis, R. E., Williams, A. A., & Khera, G.S. (2000). Biparental failure in the childhood experience of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 264-273.