

# L'attachement et la mentalisation en pédopsychiatrie : une fenêtre sur le fonctionnement des enfants et de leurs parents

## Attachment and Mentalization in Child Psychiatry: A Window Into Children and Parents Functioning

Karine Dubois-Comtois, Éléonore Sabourin-Guardo, Julie Achim, Alain Lebel et Miguel M. Terradas

Volume 44, numéro 2, automne 2019

Servir, aimer, espérer : Albert-Prévost depuis 100 ans et pour toujours

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1073529ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1073529ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Dubois-Comtois, K., Sabourin-Guardo, É., Achim, J., Lebel, A. & Terradas, M. M. (2019). L'attachement et la mentalisation en pédopsychiatrie : une fenêtre sur le fonctionnement des enfants et de leurs parents. *Santé mentale au Québec*, 44(2), 195–217. <https://doi.org/10.7202/1073529ar>

Résumé de l'article

Le travail auprès de la clientèle en pédopsychiatrie et les défis qu'il pose amènent à revoir les pratiques cliniques afin de prendre en compte de façon systématique les notions d'attachement et de mentalisation chez les enfants et leurs parents. L'article traite d'abord des concepts d'attachement et de mentalisation et fait un résumé de l'état des connaissances sur ces derniers. Il est ensuite question d'un projet de recherche développé en pédopsychiatrie à la clinique spécialisée 0-5 ans de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP). Nous présentons les résultats préliminaires de cette recherche de même que les défis rencontrés dans l'implantation du projet. Enfin, nous développons sur la façon d'aborder le travail clinique en considérant de manière systématique l'attachement et la mentalisation dans l'évaluation et l'intervention auprès des familles référées en pédopsychiatrie.

# L'attachement et la mentalisation en pédopsychiatrie : une fenêtre sur le fonctionnement des enfants et de leurs parents

Karine Dubois-Comtois<sup>a</sup>

Éléonore Sabourin-Guardo<sup>b</sup>

Julie Achim<sup>c</sup>

Alain Lebel<sup>d</sup>

Miguel M. Terradas<sup>e</sup>

**RÉSUMÉ** Le travail auprès de la clientèle en pédopsychiatrie et les défis qu'il pose amènent à revoir les pratiques cliniques afin de prendre en compte de façon systématique les notions d'attachement et de mentalisation chez les enfants et leurs parents. L'article traite d'abord des concepts d'attachement et de mentalisation et fait un résumé de l'état des connaissances sur ces derniers. Il est ensuite question

- 
- a. Ph. D., professeure titulaire, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières. Psychologue en pédopsychiatrie et chercheure régulière, Centre de recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
  - b. B. Sc., étudiante au doctorat en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
  - c. Ph. D., psychologue clinicienne et professeure agrégée, Département de psychologie, Université de Sherbrooke – Campus de Longueuil. Chercheure associée, Centre de recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
  - d. M.D., Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital en Santé Mentale Albert-Prévost, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Professeur agrégé de clinique, Faculté de médecine, Département de psychiatrie, Université de Montréal.
  - e. Ph. D., psychologue clinicien et professeur agrégé, Département de psychologie, Université de Sherbrooke – Campus de Longueuil. Chercheur régulier, Institut universitaire Jeunes en difficulté – CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

d'un projet de recherche développé en pédopsychiatrie à la clinique spécialisée 0-5 ans de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP). Nous présentons les résultats préliminaires de cette recherche de même que les défis rencontrés dans l'implantation du projet. Enfin, nous développons sur la façon d'aborder le travail clinique en considérant de manière systématique l'attachement et la mentalisation dans l'évaluation et l'intervention auprès des familles référées en pédopsychiatrie.

**MOTS CLÉS** attachement, mentalisation, pédopsychiatrie, enfants, parents

## **Attachment and Mentalization in Child Psychiatry: A Window Into Children and Parents Functioning**

**ABSTRACT Objectives** Mental health professionals who work with children face various challenges, requiring them to consider factors that aim to promote healthy adaptation in their clients. There is a growing body of literature showing that child attachment pattern, as well as mentalizing ability in both children and their parents, are related to various indicators of well-being including mental health. However, studies assessing these constructs in clinical samples are sparse.

**Method** Forty-nine children (2-6 years of age) and their parents were recruited through the *Clinique spécialisée 0-5 ans of the Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP)*. A two-hour laboratory visit was carried out where parents and children completed individual and parent-child dyad tasks and filled out questionnaires. Various dimensions of parent and child functioning were assessed including the mother-child attachment relationship and parents' mentalization ability.

**Results** Preliminary results indicated that child attachment pattern was related to children's behavioral and executive functioning as well as parents' psychiatric symptoms and parenting-related stress. Moreover, parents in our sample had lower levels of mentalizing abilities than those found in normative samples. Parents' mentalizing ability was related to the presence of psychiatric symptoms, parenting-related stress, and a history stressful life events.

**Conclusion** These results highlight the need for mental health professionals working in a child psychiatric clinic to consider the child's attachment pattern and the mentalization ability of children and their parents, throughout the assessment process and subsequent implementation of interventions. In the last section of the manuscript, we present different ways we have integrated these concepts into our clinical work with children and parents referred to HSMAP.

**KEYWORDS** attachment, mentalization, child psychiatry, children, parents.

## **Introduction**

Chez les jeunes enfants, les études épidémiologiques estiment la prévalence de troubles de santé mentale entre 7 et 16 % pour les 0-3 ans et entre 13 et 27 % pour les 3-5 ans (Dougherty et coll., 2015 ; Skovgaard, 2010). Les premières années de la vie constituent une période sensible du développement où des changements substantiels s'opèrent sur les plans neurocognitifs et socioémotionnels, lesquels auront un impact important sur la santé mentale et l'adaptation ultérieure de l'individu (Troller-Renfree et Fox, 2017). Cette sensibilité développementale joue sur 2 niveaux. D'une part, elle est susceptible de fragiliser des enfants à risque de développer des problèmes de santé mentale, mais, d'autre part elle constitue une fenêtre privilégiée pour intervenir (ou prévenir ces difficultés) auprès des clientèles à risque. Pour y arriver, il importe non seulement de répertorier la nature des difficultés présentes chez ces enfants, mais également d'évaluer les mécanismes intimement liés à ces difficultés et pouvant constituer des facteurs de risque et de protection. À cet égard, l'attachement et la mentalisation constituent des facteurs de choix puisqu'ils sont associés à plusieurs dimensions de l'adaptation de l'individu (Fonagy et coll., 2003). Malgré leur pertinence, très peu d'études à ce jour ont évalué l'attachement et la mentalisation auprès d'un échantillon de jeunes enfants référés en pédopsychiatrie.

## **Attachement, mentalisation et santé mentale**

### **Attachement et santé mentale**

Le concept d'attachement réfère à la capacité du jeune enfant à être sécurisé et rassuré par son parent lorsqu'il se sent en détresse et une fois la détresse résorbée, à retourner explorer son environnement (van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg, 2019). Selon la théorie de l'attachement, ce sont les comportements parentaux quotidiens, et plus particulièrement ceux produits dans les moments de détresse, qui sont à la base du développement des modèles d'attachement chez l'enfant (Fearon et Belsky, 2016). Lorsque le parent se montre sensible à la détresse de son enfant et qu'il y répond de manière rapide et efficace, il favorise le développement d'un modèle d'attachement « sécurisant » et permet à son enfant de développer de bonnes capacités de régulation émotionnelle. À l'inverse, lorsque le parent adopte des comportements intrusifs, rejetants ou inconstants, il ne permet pas à l'enfant d'obtenir

le réconfort nécessaire et de résorber efficacement sa détresse, ce qui est associé au développement d'un modèle d'attachement « insécurisant » (évitant ou ambivalent). Certains parents manifestent de l'impuissance ou de l'hostilité face aux besoins affectifs de leur enfant. Ces comportements ont pour effet d'exacerber la détresse de l'enfant et de le maintenir dans un état de stress chronique qui est associé à des comportements d'attachement « désorganisé » ou « contrôlant » (Lyons-Ruth et Jacobvitz, 2016).

Des études empiriques ont confirmé les postulats de la théorie de l'attachement en montrant que :

- 1) les comportements parentaux sont liés aux modèles d'attachement des enfants (Koehn et Kerns, 2018) ;
- 2) l'attachement de l'enfant est lié à la morphologie cérébrale et aux habiletés neurocognitives (Bernier et coll., 2014; Hidalgo et coll., 2019), à des indicateurs de santé physique (Ehrlich et Cassidy, 2019), à la compréhension émotionnelle (Cooke et coll., 2016) et aux habiletés sociales (Fearon et coll., 2010) ;
- 3) l'attachement médiatise le lien entre les comportements parentaux et la présence de psychopathologie chez l'enfant (McGoron et coll., 2012; Yan et coll., 2017).

Des études évaluant l'efficacité d'interventions parent-enfant axées sur la théorie de l'attachement ont par ailleurs permis de démontrer un effet de causalité des comportements de sensibilité parentale sur l'attachement et le développement des enfants (Dubois-Comtois et coll., 2017; Moss et coll., 2011). Des études longitudinales ont quant à elles montré que l'attachement en bas âge prédit le fonctionnement global de l'individu à l'âge adulte (Englund et coll., 2011).

Ainsi, les études empiriques soutiennent l'importance de la relation d'attachement et des comportements parentaux sur les capacités d'adaptation de l'enfant. Malgré cela, très peu d'études se sont intéressées à l'attachement d'enfants référés en pédopsychiatrie. L'attachement « désorganisé/contrôlant », considéré comme étant le plus problématique puisqu'il se caractérise par un effondrement des stratégies comportementales et émotionnelles de l'enfant en contexte de stress, a été observé dans plus de la moitié d'un échantillon québécois d'enfants de 1-5 ans référés en pédopsychiatrie (53 % : Mubarak et coll., 2017) et d'un échantillon clinique britannique d'enfants de 4-9 ans (58 % : Green et coll., 2007). Un pourcentage de désorganisation légèrement inférieur a été obtenu auprès d'un échantillon clinique d'enfants américains de

3-6 ans (40% : Speltz et coll., 1990) alors qu'une étude australienne (1-7 ans) a observé un pourcentage similaire à celui d'échantillons tout-venant (16% : Huber et coll., 2015). À l'exception de cette dernière étude, l'attachement désorganisé semble surreprésenté dans les populations d'enfants référés en pédopsychiatrie. Il est toutefois nécessaire de poursuivre la recherche en contexte pédopsychiatrique compte tenu du nombre très limité d'études réalisées à ce jour. Bien qu'un certain nombre de mécanismes agissant comme facteurs de transmission intergénérationnelle des capacités d'adaptation du parent à l'enfant tels que les comportements parentaux et la sensibilité parentale ont été observés, ceux-ci s'avèrent incomplets pour expliquer l'adaptation de l'enfant et certains chercheurs proposent de regarder du côté de la mentalisation du parent (van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg, 2019).

### **Mentalisation et santé mentale**

La mentalisation fait référence à l'habilité de l'individu à reconnaître que son comportement et celui des autres sont motivés par des états mentaux (p. ex. sentiments, pensées, intentions) sous-jacents (Fonagy et Target, 2006). Une bonne capacité de mentalisation (CM) permet à l'individu non seulement de comprendre que ses états mentaux se distinguent de ceux d'autrui, mais également que ceux-ci sont propres à chacun et caractérisent leur expérience subjective (Allen et coll., 2008 ; Fonagy et coll., 2002). Une CM optimale ne se manifeste donc pas seulement par une interprétation relativement juste des états mentaux régissant les comportements, mais surtout par la reconnaissance que l'interprétation des états mentaux d'autrui demeure hypothétique et qu'elle doit être validée auprès de lui (Allen et coll., 2008 ; Fonagy et coll., 2002). Certains individus peuvent présenter des déficits sur le plan de leur CM. Ceux-ci peuvent prendre la forme d'un manque d'intérêt pour les états mentaux (hypomentalisation) ou encore d'une tendance à surinterpréter le sens que pourrait prendre un comportement en y attribuant à outrance, des états mentaux qui pourraient le motiver (hypermentalisation) (Sharp et Venta, 2013). Compte tenu du fait que les déficits de mentalisation sont liés à des difficultés quant à la reconnaissance des états mentaux (chez soi et chez l'autre) et qu'ils se manifestent notamment dans la capacité à être en relation avec l'autre, les individus qui ont de faibles CM seraient plus à risque de présenter des difficultés sur les plans émotionnel et social (Allen et coll., 2008 ; Lawson et coll., 2013 ; Slade, 2005).

Une bonne CM permet au parent de considérer son enfant comme un être habité par des états mentaux qui lui sont propres et qui guident ses actions. Elle lui permet également d'être sensible aux signaux qu'émet l'enfant, de s'intéresser aux états mentaux qu'ils pourraient traduire et de les refléter adéquatement à l'enfant, permettant à ce dernier de mieux les comprendre et, éventuellement, de les réguler par lui-même (Allen et coll., 2008; Ensink et coll., 2019; Slade, 2005). Ce faisant, le parent permet également à l'enfant de donner du sens à ses propres réactions émotionnelles et comportementales ainsi qu'à celles des autres, ce qui contribue à optimiser son fonctionnement relationnel (Allen et coll., 2008; Midgley et coll., 2017). À l'inverse, une faible CM peut compliquer les interactions sociales de l'enfant qui sera davantage à risque de vivre de la confusion et des malentendus dans ses relations en raison de sa difficulté à interpréter adéquatement ses réactions et celle des autres (Allen et coll., 2008; Lawson et coll., 2013).

À ce jour, très peu d'études se sont penchées sur les liens existant entre la CM des enfants et les difficultés qu'ils présentent. Les résultats des quelques études s'y étant intéressées suggèrent qu'une plus faible CM chez l'enfant est liée à davantage de problèmes de comportement et de psychopathologies alors qu'une bonne CM est associée à moins de difficultés comportementales et de trouble de santé mentale (Ensink et coll., 2016; Fonagy et coll., 2003). Certains avancent également qu'une pauvre CM serait un facteur de risque important pour le développement de plusieurs psychopathologies (Sharp et Venta, 2013). Selon Sharp (2006), les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme ou un trouble des conduites sont plus susceptibles de présenter des déficits de mentalisation. De tels déficits chez les parents ont également été associés au développement de psychopathologies chez leur enfant (Ensink et coll., 2016). Ces résultats témoignent de la pertinence d'évaluer la CM d'enfants et de parents issus d'échantillons cliniques afin de mieux saisir cet aspect de leur fonctionnement psychologique et relationnel.

### **Attachement et mentalisation d'enfants et de parents référés en pédopsychiatrie : une étude transversale**

Afin de contribuer à l'avancement des connaissances et de mieux comprendre la réalité québécoise, nous avons développé un projet de recherche dont l'objectif était d'évaluer si les construits d'attachement et de mentalisation sont liés à différentes caractéristiques individuelles

et familiales de jeunes enfants consultant dans une clinique de pédopsychiatrie. Le projet de recherche a été approuvé par les comités éthiques du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-NÎM), de l'Université du Québec à Trois-Rivières et de l'Université de Sherbrooke.

## **La méthode**

**Participants.** Tous les parents ayant fait une demande de consultation pour leur enfant âgé de 1 à 6 ans à l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost (HSMAP) du CIUSSS-NÎM entre 2013 et 2017 ont été sollicités pour participer avec leur enfant à la recherche. Les enfants présentant des atteintes sévères au niveau de la communication (p. ex. présence d'un trouble du langage sévère compromettant la capacité à s'exprimer de façon claire) ou ceux pour lesquels l'équipe soignante identifiait une contre-indication clinique à participer n'ont pas été sollicités (p. ex. situation de crise, trouble mental aigu chez l'un ou l'autre des parents, évaluations ordonnées par la cour [DPJ] fragilisant l'alliance thérapeutique). Au total, 49 enfants et leurs parents constituent cet échantillon clinique, ce qui correspond à 50 % des familles qui ont été sollicitées pour participer au projet de recherche. Compte tenu du fait que les familles en situation de crise ou celles pour lesquelles l'alliance thérapeutique est fragile n'ont pas été sollicitées pour participer à la recherche et considérant les caractéristiques sociodémographiques des participants présentées dans la section résultat, nous estimons que les participants recrutés font partie de la clientèle suivie en pédopsychiatrie présentant le moins de facteurs de risque.

**Déroulement.** Les familles ont été informées par les cliniciens de l'existence de la recherche. Celles ayant accepté que leurs coordonnées soient transférées à un assistant de recherche ont été contactées pour recevoir plus d'informations sur les modalités de la recherche. Une fois le consentement des parents obtenu, ceux-ci ont été convoqués avec leur enfant pour une rencontre d'environ 2 h lors de laquelle ils ont réalisé différentes tâches (activités individuelles pour l'enfant et les parents; activités dyadiques mère-enfant et père-enfant) afin d'évaluer la relation d'attachement mère-enfant, la CM des parents et plusieurs autres dimensions du fonctionnement psychologique des enfants et des parents. Les mesures retenues dans la recherche sont présentées au tableau 1.



TABLEAU 1

## Résumé des principales variables évaluées dans la recherche

Instrument de mesure	Type d'instrument de mesure	Construits évalués	Type de variables
Situation étrangère (Ainsworth et coll., 1978) et procédure de séparation-réunion (Cassidy et coll., 1992; Main et Cassidy, 1988; Moss et coll., 2015)	Mesure observationnelle des comportements de l'enfant (1-7 ans) en présence de son parent	6 modèles d'attachement: – Sécurisant; – Évitant; – Ambivalent; – Désorganisé; – Contrôlant-punitif; – Contrôlant-attentionné.	– 1 variable catégorielle (6 groupes d'attachement) – 6 variables continues pour chacun des patrons d'attachement (échelles de 1 à 9; point de coupure à 5)
<i>Rating of infant-stranger engagement</i> (RISE; Riley et coll., 2005)	Mesure observationnelle des comportements de l'enfant (1-7 ans)	Comportements de recherche de proximité avec les étrangers	Score continu de 1 à 9 avec un point de coupure à 5
<i>Parent Development Interview-Revised</i> (PDI-R; Slade et coll., 2004) Échelle de cotation du fonctionnement réflexif du parent (Slade et coll., 2005)	Entrevue semi-structurée administrée au parent Échelle permettant d'évaluer la CMP du parent à partir du PDI-R	CMP du parent (mesure de la relation actuelle)	Score continu allant de -1 (refus de mentaliser) à 9 (CMP exceptionnelle)
<i>Parental Reflective Functioning Questionnaire</i> (PRFQ-1; Luyten et coll., 2009; Luyten et coll., 2017)	Questionnaire autorapporté rempli par le parent de 18 items	CMP du parent (mesure rétrospective) d'après trois échelles: – Prédominance des modes prémentaliser; – Certitude à l'égard des états mentaux; – Curiosité à l'égard des états mentaux.	Trois scores continus allant de 1 à 42
<i>Parenting Stress Index – Short Form</i> (PSI-SF; Abidin, 1995)	Questionnaire autorapporté rempli par le parent de 36 items	Niveau de stress parental global et 3 sous-échelles: – Détresse parentale – Enfant difficile – Interactions dysfonctionnelles	Scores continus variant de 12 à 60 pour les sous-échelles et 36 à 180 pour l'échelle globale
<i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI; Derogatis, 1993)	Questionnaire autorapporté rempli par le parent de 53 items	– 9 dimensions primaires de symptômes (p. ex. dépression, anxiété, hostilité) – 3 indices de fonctionnement général	Scores continus transformés en scores <i>T</i> (entre 34 et 80; point de coupure à 63)
<i>Child behavior checklist</i> (CBCL) version 1,5-5 ans (Achenbach et Rescorla, 2000) et version 6-18 ans (Achenbach et Rescorla, 2001)	Questionnaire rempli par le parent de 113 items	– Différentes sous-échelles de problèmes émotionnels et comportementaux (p. ex. anxiété/dépression, problèmes d'attention) – 3 échelles de fonctionnement général (intérieurisé, extériorisé, total)	Scores continus transformés en scores <i>T</i> (entre 28 et 100; point de coupure à 70 pour les sous-échelles et 63 pour les échelles générales)

<i>Minnesota executive function scale</i> (MEFS; Carlson et Zelazo, 2014)	Test de tri de carte/ changement dimensionnel réalisé avec l'enfant (2-7 ans)	Fonctions exécutives (flexibilité mentale)	Score continu correspondant au dernier niveau réussi par l'enfant (entre 0 et 7)
Événements de vie stressants (Lebel et coll., 2011)	Questionnaire autorapporté rempli par le parent	Différents événements stressants pouvant être vécus dans les familles	Présence/absence de l'événement depuis la naissance de l'enfant

## Les résultats de la recherche

Les enfants participant à la recherche sont âgés en moyenne de 5,04 ans ( $\bar{X}$ .T. = 1,23; Étendue = 2-6,9 ans) et 77 % d'entre eux sont des garçons. La proportion de garçons ayant recours à des services de santé en raison d'un problème de santé mentale au Canada en 2009-2010 était de 60 % (Agence de santé publique du Canada, 2015), ce qui est similaire à la proportion observée dans notre échantillon. Ils proviennent de familles biparentales dans 70 % des cas et le revenu familial médian se situe entre 60 000 \$ et 80 000 \$. Les enfants ont reçu en moyenne 2,2 diagnostics psychiatriques ( $\bar{X}$ .T. = 1,86; Étendue = 0-7); 57,4 % d'entre eux ont plus d'un diagnostic. La fréquence des diagnostics est présentée au tableau 2. Lorsque questionnées sur la présence

TABLEAU 2

### Fréquence des diagnostics des enfants de l'échantillon

Diagnostic psychiatrique	N	%
Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité	23	48,9
Trouble d'oppositionnel avec provocation	13	27,7
Trouble de langage	12	25,5
Trouble d'acquisition de la coordination	8	17
Trouble de modulation sensorielle	8	17
Trouble relationnel	7	14,9
Trouble du spectre de l'autisme	6	12,8
Syndrome Gilles de la Tourette	5	10,6
Trouble anxieux	5	10,6
Trouble d'anxiété de séparation	3	6,4
Énurésie/Encoprésie	3	6,4
Trouble du sommeil	2	4,3
Trouble réactionnel de l'attachement	2	4,3
Trouble de l'engagement social désinhibé	1	2,1
Trouble d'adaptation	1	2,1
Mutisme sélectif	1	2,1
Trouble de stress post-traumatique	0	0

Note. Les évaluations diagnostiques sont disponibles pour 47 participants.

de psychopathologie actuelle ou passée dans la famille, les mères ont identifié ces problèmes chez au moins un parent de l'enfant dans 75,5 % des cas, chez les grands-parents dans 63,3 % des cas et dans la fratrie dans 34,7 % des cas.

Les résultats préliminaires obtenus à ce jour ont permis de faire un certain nombre de constats quant aux liens entre l'adaptation des enfants et des parents et les construits d'attachement et de mentalisation.

**Attachement.** Les enfants qui présentent davantage de comportements d'attachement sécurisant présentent moins de problèmes de comportement extériorisés (Cournoyer, 2017) ou de recherche de proximité envers un étranger (Delbarre et coll., 2020 a). Ils obtiennent aussi de meilleurs résultats à une tâche de fonctions exécutives (résultat marginal; Cournoyer, 2017). La sécurité d'attachement chez l'enfant est également associée à moins de stress parental chez la mère (Delbarre et coll., 2020 b). À l'inverse, les enfants qui présentent davantage de comportements d'attachement désorganisé/contrôlant ont plus de comportements de recherche de proximité envers un étranger (Delbarre et coll., 2020 a) et plus de difficultés dans une tâche évaluant les fonctions exécutives (Cournoyer, 2017). Plus les comportements désorganisés/contrôlants sont présents, plus leur mère rapporte vivre du stress parental (Delbarre et coll., 2020 b). Quant aux comportements d'attachement insécurisants-organisés (évitant et ambivalent), ils ont été associés à plus de problèmes de comportement extériorisés chez l'enfant (marginal; Cournoyer, 2017) et à plus de dépression (marginal) et d'anxiété chez la mère (Delbarre et coll., 2020 b).

**Mentalisation.** Les entrevues permettant d'évaluer la CM parentale (CMP) n'ont été que partiellement codifiées jusqu'à maintenant et l'analyse des entrevues a été complétée pour 10 mères et 3 pères de l'échantillon. La CMP de ces 13 participants se situe à un niveau inférieur à celui observé dans la population normative (Urfer et coll., 2015). Les résultats font ressortir chez les parents évalués une difficulté à élaborer leur expérience interne de manière à ce qu'ils puissent l'utiliser pour comprendre et réguler ce qui les habite, ce qui habite leurs enfants ainsi que les interactions parent-enfant. En effet, bien qu'ils soient généralement capables de reconnaître et d'identifier leurs propres états mentaux et ceux de leur enfant, ils ont plus de mal à réfléchir et à saisir les liens qui pourraient exister entre cette expérience subjective d'une part, qu'il s'agisse de la leur ou de celle de leur enfant, et les comportements que chacun adopte ainsi que la nature de

leurs interactions d'autre part (Urfer et coll., 2015). En considérant les résultats obtenus par l'ensemble de l'échantillon au questionnaire évaluant la fonction réflexive parentale (ou CMP), des analyses corrélationnelles significatives nous ont permis de constater que plus les mères présentent des déficits sur le plan de leur CMP, plus elles rapportent des symptômes psychopathologiques (principalement de l'anxiété et de l'hostilité) et plus leur rôle parental occasionne de la détresse chez elles (Achim, 2019). Les mères ayant vécu davantage d'événements de vie stressants depuis la naissance de l'enfant ciblé par l'étude sont également plus susceptibles de présenter des déficits de mentalisation (Achim, 2019).

### **L'attachement et la mentalisation dans le travail clinique auprès des familles référées en pédopsychiatrie**

#### **Pertinence dans l'évaluation des enfants et des parents**

La théorie de l'attachement et la notion de mentalisation, tout comme les travaux de recherche qui en découlent, montrent l'importance de l'observation pour comprendre les modèles relationnels parent-enfant. En contexte clinique, nous croyons qu'un regard devrait être posé sur la façon dont le parent porte attention aux besoins affectifs de son enfant et tente d'y répondre. Pour être sensible, la réponse du parent doit être suffisamment rapide et satisfaisante pour apaiser la détresse. Les cliniciens devraient également être vigilants face aux comportements atypiques et déstabilisants de certains parents à l'égard de leurs enfants. Des comportements d'impuissance (p. ex. figer, désengagement affectif) ou hostiles (p. ex. dénigrement, agressivité) peuvent être perturbants pour les enfants, exacerber leur insécurité et inhiber leur intérêt pour les états mentaux, craignant de se confronter à un univers mental apeurant (Lyons-Ruth et coll., 2013). Par ailleurs, la capacité de l'enfant à recourir à son parent lorsqu'il est en détresse et la façon dont il y parvient peuvent nous renseigner sur ses stratégies d'attachement. Le recours à des méthodes standardisées comme la « situation étrangère » (Ainsworth et al., 1978) est optimal pour observer le déploiement de ces stratégies, mais d'autres situations d'observation peuvent aussi être utiles aux cliniciens. Par exemple, les retrouvailles avec le parent quand l'enfant le rejoint dans la salle d'attente après avoir été éprouvé par une séance difficile peuvent être révélatrices de ses stratégies d'attachement.

Pour avoir accès à des observations valides en ayant recours à une méthode standardisée, l'équipe de la Clinique spécialisée d'évaluation

et d'intervention pour les 0-5 ans en pédopsychiatrie à l'HSMAP a développé une tâche appelée «*entrevue relationnelle*» qui s'inspire du Trilogie de Lausanne (Fivaz-Depeursinge, 2003). Le clinicien propose à l'un des parents de jouer librement avec son enfant pendant quelques minutes en laissant l'enfant mener le jeu; l'autre parent est incité à observer l'interaction. Les parents sont ensuite invités à inverser leurs rôles puis les deux parents sont invités à jouer ensemble avec l'enfant. Par la suite, le clinicien demande aux parents de partager leurs observations entre eux, en laissant l'enfant jouer seul. Ces différentes périodes d'interactions permettent aux cliniciens d'observer la qualité des interactions parent-enfant en contexte dyadique et triadique.

L'entrevue relationnelle est complétée par une discussion – inspirée de l'entrevue sur le fonctionnement réflexif du parent version mini (Ensink et coll., 2019) – où le clinicien et les parents partagent leurs observations des différents enjeux relationnels. Des questions sont posées aux parents pour accéder à leur perception de la personnalité de leur enfant, à leur compréhension de ses sentiments et des motifs sous-jacents à ses comportements, ainsi qu'à leur vision des implications de ces différents aspects sur la nature du lien parent-enfant. Cette discussion permet donc au clinicien d'observer la capacité des parents à considérer leurs états mentaux et ceux de leur enfant afin de mieux saisir le sens que prennent les comportements de chacun et la nature des enjeux qui se déploient au sein de leur relation.

D'autres outils d'évaluation, tels des questionnaires, tâches et entrevues standardisées peuvent être utilisés pour mieux comprendre la CM des enfants et de leurs parents (Luyten et coll., 2019). Le jeu de l'enfant ainsi que la narration qui en est faite s'avèrent également un outil précieux afin d'évaluer la CM de ce dernier (Midgley et coll., 2017; Terradas et Achim, 2013).

### **Pertinence dans l'intervention auprès des enfants et leur famille**

Les interventions fondées sur la théorie de l'attachement ont généralement comme objectifs de favoriser la qualité de la relation parent-enfant et de soutenir l'émergence de comportements parentaux sensibles. Différentes interventions développées dans les dernières années ont montré leur efficacité à soutenir la relation parent-enfant et le développement de l'enfant (voir Steele et Steele, 2018). Un aperçu de certaines de ces interventions est présenté au tableau 3.

TABLEAU 3

## Résumé des principales interventions fondées sur la théorie de l'attachement

<b>Intervention</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Modalité</b>	<b>Clientèle ciblée</b>
<i>Nurse-family partnership</i> (NFP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Améliorer les comportements des mères susceptibles d'affecter la grossesse et le développement de l'enfant</li> <li>– Favoriser le développement de relations soutenantes avec l'entourage</li> <li>– Améliorer la communication parent-enfant par une meilleure compréhension des besoins de l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rencontres au domicile familial sur une période de 2 ans</li> <li>– Discussions avec le parent</li> <li>– Observation d'interactions parent-enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mères en attente de leur premier enfant</li> </ul>
<i>Attachment and biobehavioral catch-up</i> (ABC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Améliorer les capacités parentales à travers 3 objectifs:</li> <li>1– Répondre adéquatement à la détresse de l'enfant;</li> <li>2– Suivre l'enfant;</li> <li>3– Offrir des soins non effrayants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 10 rencontres d'intervention incluant 2 rencontres de consolidation des acquis</li> <li>– Discussions avec le parent et intervention dans l'ici et maintenant lorsque le parent interagit avec son enfant</li> <li>– Rétroaction vidéo de la semaine précédente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfants de 0-3 ans et leur parent</li> </ul>
<i>Group attachment-based intervention</i> (GABI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Offrir un espace sécuritaire pour les enfants et les parents</li> <li>– Favoriser la fonction réflexive, l'accordage émotionnel et la régulation des affects</li> <li>– Comprendre les comportements parentaux dans une perspective intergénérationnelle</li> <li>– Favoriser les réponses sensibles aux besoins émotionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 26 rencontres d'interventions de 2 h découpées en 3 temps</li> <li>1- 45 min. de psychothérapie familiale</li> <li>2- 1h d'intervention de groupe avec les enfants et de groupe avec les parents</li> <li>3- 15 min. de réunion parent-enfant</li> <li>– Un soutien 24/7 est également accessible au parent</li> <li>– La rétroaction vidéo est utilisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parents et leur enfant de 0-3 ans</li> </ul>
<i>Video-feedback intervention to promote positive parenting and sensitive discipline</i> (VIPP-SD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Favoriser la sensibilité parentale</li> <li>– Promouvoir des comportements sensibles pendant la discipline</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 4 rencontres d'intervention et 2 rencontres de consolidation des acquis</li> <li>– Discussions avec le parent et activités parent-enfant filmées</li> <li>– Rétroaction vidéo de la semaine précédente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfants de 0-6 ans et leur parent</li> </ul>

<i>Attachment video-feedback intervention program (AVI) ou Intervention relationnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Favoriser les comportements de sensibilité parentale</li> <li>– Aider le parent à devenir un meilleur observateur des besoins de son enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 8 rencontres d'intervention parent-enfant de 75 minutes</li> <li>– Discussion avec le parent</li> <li>– Activité parent-enfant filmée</li> <li>– Utilisation de la rétroaction vidéo pendant la rencontre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfants de 0-6 ans et leur parent</li> </ul>
<i>Child-parent psychotherapy (CPP)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Favoriser une relation parent-enfant sécurisante</li> <li>– Améliorer les réponses parentales et la réciprocité</li> <li>– Favoriser l'équilibre entre les besoins du parent et de l'enfant</li> <li>– Modifier les perceptions erronées du côté du parent et de l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rencontres de psychothérapie parent-enfant hebdomadaires sur une période de 10 à 12 mois</li> <li>– Rencontres d'une durée d'une heure incluant du jeu parent-enfant</li> <li>– Des rencontres individuelles avec le parent sont aussi prévues lorsque des traumatismes sont présents chez le parent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfants de 0-6 ans et leur parent</li> </ul>
<i>Circle of security (COS)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Favoriser la compréhension des besoins de l'enfant</li> <li>– Améliorer les habiletés observationnelles et inférentielles du parent</li> <li>– Comprendre l'impact des réponses du parent sur celles de son enfant</li> <li>– Apprendre à mieux réguler leurs émotions en réponse aux comportements de leur enfant</li> <li>– Développer des façons plus sensibles de répondre à leur enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Différentes modalités sont possibles :</li> <li>a) 20 rencontres d'intervention de groupe de parents de 75 minutes;</li> <li>b) 4 rencontres d'intervention mère-enfant à la maison.</li> <li>– L'intervention inclut des discussions et de la rétroaction vidéo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parents d'enfants âgés de 0 à 7 ans</li> </ul>
<i>Attachment-based family therapy (ABFT)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Recadrage relationnel</li> <li>– Développer l'alliance avec le parent et l'adolescent</li> <li>– Réparer les enjeux d'attachement</li> <li>– Favoriser l'autonomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 12 à 16 rencontres d'intervention incluant des rencontres d'intervention individuelles et familiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adolescents dépressifs et suicidaires et leurs parents</li> </ul>
<i>Connect: An attachment-based program for parents of teens</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Modifier la façon dont les parents perçoivent, comprennent et répondent aux comportements de leur adolescent</li> <li>– Favoriser la sensibilité parentale pour que le parent soit une figure de sécurité pour l'adolescent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 10 rencontres de groupes de 90 min. avec 8 à 14 parents</li> <li>– 2 rencontres de consolidation des acquis de 120 min.</li> <li>– Discussions, jeux de rôle et exercices de réflexion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Parents d'adolescents ayant un diagnostic psychiatrique</li> </ul>

*Note.* Ces informations sont tirées du *Handbook of attachment-based intervention* (Steele et Steele, 2018). Le livre contient également d'autres interventions pertinentes fondées sur l'attachement.

Nous présentons plus en détail 2 de ces interventions pour lesquelles des cliniciens de l'HSMAP du CIUSSS-NÎM ont été formés ou en possèdent l'expertise. La première s'adresse à des groupes de parents alors que la seconde est offerte à la dyade parent-enfant.

Le cercle de sécurité (*Circle of Security* – COS; Woodhouse et coll., 2018) est une intervention de groupe de parents « manualisée » d'une durée de 8 semaines (75 minutes chacune) qui vise à aider le parent à mieux comprendre les besoins de son enfant, à devenir un meilleur observateur et à développer de nouvelles façons d'interagir avec son enfant pour être plus sensible à ses besoins de proximité et d'autonomie et à réparer les interactions qui auraient été moins sensibles. Pour ce faire, l'intervention propose des discussions à la suite du visionnement de séquences vidéo d'interactions parent-enfant lorsque le système d'attachement de l'enfant est activé. Les parents sont invités à faire des liens entre leurs propres représentations d'attachement, la façon dont ils se comportent à l'égard de leur enfant et les besoins de sécurité de ce dernier.

L'Intervention relationnelle (*Attachment Video-feedback Intervention* – AVI; Moss et coll., 2018) est une intervention dyadique « manualisée » d'une durée de 8 semaines (90 minutes chacune) où, en plus d'une discussion avec le parent sur différents thèmes en lien avec l'attachement, la dyade est invitée à réaliser une activité filmée d'une durée d'environ 5 à 10 minutes. Des consignes simples sont proposées au parent en début d'activité afin de l'aider à promouvoir des comportements sensibles à l'égard de son enfant. Une rétroaction vidéo est ensuite effectuée afin de permettre au parent de se voir avec son enfant et de réfléchir à ses comportements et à leur impact. Les comportements sensibles du parent et les moments de plaisirs partagés sont soulignés, permettant à la dyade d'entrevoir une nouvelle façon d'être en relation qui favorise le développement émotionnel de l'enfant.

Au cours des 10 dernières années, plusieurs des cliniciens de l'HSMAP du CIUSSS-NÎM ont développé un travail psychothérapeutique de groupe axé sur la mentalisation auprès des enfants (en sous-groupes d'âge de 4-5 ans, 6-9 ans ou 9-12 ans) et leurs parents (Dubois-Comtois et coll., 2020). La modalité de groupe est toute désignée pour soutenir le développement de la CM puisqu'elle implique la présence de plusieurs personnes qui échangent entre elles, multipliant *in situ* les occasions de mentaliser. Cette modalité thérapeutique permet de partager et d'entendre différents points de vue et de réfléchir à la façon dont les états mentaux de l'autre peuvent ne pas être perçus



ou compris adéquatement. En pouvant côtoyer et échanger avec des individus qui éprouvent des difficultés similaires aux leurs et grâce à la validation de leur expérience affective, nous observons dans notre pratique clinique que les groupes de psychothérapie centrés sur la mentalisation favorisent la régulation émotionnelle et comportementale des enfants, mais aussi celle de leurs parents. Cette modalité d'intervention de groupe axée sur la mentalisation, très prometteuse, est testée dans plusieurs projets de recherche auprès d'adolescents, de parents et de futurs parents (Byrne et coll., 2019; Griffiths et coll., 2019; Kalland et coll., 2016). Les résultats de ces projets seront disponibles dans les prochaines années et permettront de vérifier empiriquement l'efficacité de ce type d'intervention. Notons qu'une intervention (individuelle et groupale), visant la réduction de la consommation chez de nouvelles mères toxicomanes et privilégiant pour ce faire des techniques axées sur la mentalisation, a montré son efficacité afin d'améliorer la CMP de ces mères (Suchman et coll., 2012).

Pour certains enfants, un travail psychothérapeutique individuel apparaît également souhaitable et important. En effet, une diversité de difficultés, lacunes et manifestations symptomatiques justifient l'entreprise d'une psychothérapie individuelle: faible capacité à reconnaître la présence d'états mentaux chez soi ou chez autrui, régulations attentionnelle et affective déficitaires, confiance épistémique lacunaire, difficulté à élaborer un jeu symbolique (Achim, Lebel, Ensink et Senécal, 2020). De façon générale, la mise en place d'un tel processus se fait dans un second temps, après que des interventions dyadiques, familiales ou groupales aient eu lieu. Depuis plus de dix ans, nous préconisons des interventions basées sur la mentalisation afin de mieux tenir compte des difficultés multiples et complexes que présentent les enfants consultant au sein de notre service. En effet, nous avons constaté que bon nombre d'entre eux peinent à profiter d'interventions thérapeutiques plus « traditionnelles », ne possédant pas un appareil psychique suffisamment développé pour s'intéresser à leur monde interne (Achim, Lebel et Ensink, 2020; Achim et Terradas, 2015). Il nous semble donc primordial de travailler leur CM. Par l'adoption d'une posture mentalisante, le thérapeute cherche à offrir à l'enfant les conditions optimales au développement de cette capacité, conditions s'apparentant à celles qu'offre le parent mentalisant à son enfant (Achim et coll., 2020). Étant donné la présence fréquente de difficultés similaires chez les parents, un travail thérapeutique auprès d'eux est généralement réalisé de façon concomitante.

## **Conclusion**

Les études dans le domaine de l'attachement et de la mentalisation, incluant nos propres travaux de recherche, semblent soutenir la pertinence de ces construits sur les plans scientifiques et cliniques. Au près d'une clientèle pédopsychiatrique, ces derniers sont particulièrement importants puisque les données préliminaires montrent que l'attachement tout comme la capacité de mentalisation peuvent être mis à l'épreuve chez les parents et les enfants fragilisés par des problèmes de santé mentale. Ainsi, il nous apparaît pertinent que ces construits soient considérés par les milieux cliniques dans leur offre de service en plus des modalités d'évaluation et d'intervention déjà disponibles dans ces milieux.

Le projet de recherche que nous avons développé dans les dernières années au Service de pédopsychiatrie de l'HSMAP nous a permis de constater que l'implantation de la recherche clinique en milieu pédopsychiatrique constitue un défi de taille. Elle se doit de trouver un juste équilibre, tenant compte à la fois de la rigueur scientifique nécessaire à l'obtention de résultats robustes et de la complexité des problématiques cliniques rencontrées. Au sein de notre équipe, la présence de chercheurs et de cliniciens nous a semblé essentielle pour y parvenir. Le fait que les chercheurs soient également cliniciens a facilité le dialogue et la compréhension des besoins sur le plan clinique de sorte que les exigences inhérentes à la recherche ne soient pas une source d'irritation importante pour le milieu clinique.

Malgré cela, la réalisation de recherche en pédopsychiatrie comporte son lot d'obstacles (Lebel, 2019). Un des obstacles rencontrés fut l'arrimage, pour les familles, entre les rencontres prévues par l'équipe clinique et l'équipe de recherche. La lourdeur du protocole scientifique a pu par moment être perçue par les familles comme un fardeau s'ajoutant aux visites cliniques, ce qui peut être lié au faible taux de participation. Ceci constitue d'ailleurs une limite de la recherche en ce qui concerne la représentativité de notre échantillon. Un autre défi fut pour les cliniciens d'avoir la recherche en tête au moment même où ils sont plutôt habités par un nombre important de considérations cliniques. Des rencontres régulières entre l'équipe de recherche et l'équipe clinique ont permis de résoudre ces difficultés et de faciliter le travail de collaboration.

Notre expérience nous a permis de constater que ce type d'initiative peut constituer un réel apport à l'amélioration des pratiques cliniques.

Faire de la recherche en milieu clinique permet de bénéficier de l'expertise des cliniciens qui y travaillent pour enrichir le protocole de recherche. À leur tour, les données issues de la recherche peuvent inspirer les cliniciens à adopter de nouvelles pratiques cliniques à la fine pointe des connaissances scientifiques.

### Déclaration de liens d'intérêt

La recherche a été produite grâce à des fonds de recherche provenant de la Fondation de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et de la Fondation Daoussis, ainsi que des Fonds de recherche en santé du Québec octroyés à la première auteure.

### Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les professionnels et les pédopsychiatres de la clinique spécialisée 0-5 ans de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost qui nous ont soutenus dans la réalisation de cette recherche. Nous remercions également chaleureusement l'ensemble des assistants de recherche qui ont été des plus dévoués à la réalisation de la recherche ainsi que Samantha Kenny pour la révision linguistique. Enfin, nos remerciements vont à l'ensemble des familles qui ont généreusement accepté de participer à la recherche.

### RÉFÉRENCES

- Abidin, R.R. (1995). *The parenting stress index professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achim, J. (2019, octobre). *Fonction réflexive parentale et difficultés des jeunes enfants consultant en pédopsychiatrie: un premier portrait*. Communication orale présentée dans le cadre du colloque du centenaire de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost. Montréal, Canada.
- Achim, J., Lebel, A. et Ensink, K., (2020). Préambule. Dans J. Achim, A. Lebel et K. Ensink (Éds). *Mentaliser en contexte pédopsychiatrique: interventions thérapeutiques*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Achim, J., Lebel, A., Ensink, K. et Sénécal, I. (2020). La psychothérapie individuelle comme modalité d'intervention clinique pour favoriser la mentalisation: soutenir l'enfant à s'intéresser à sa subjectivité et à celle d'autrui

- psychothérapeutique auprès de l'enfant : modalité individuelle. Dans J. Achim, A. Lebel et K. Ensink (Éds). *Mentaliser en contexte pédopsychiatrique : interventions thérapeutiques*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Achim, J. et Terradas, M. M. (2015). Le travail clinique en contexte pédopsychiatrique : l'apport de la mentalisation à la pratique d'aujourd'hui. *Filigrane*, 24 (2), 79-92.
- Agence de la santé publique du Canada (2015). *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales au Canada*. Ottawa, ON : ministère de la Santé.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, R.-U. : Erlbaum.
- Allen, J. G., Fonagy, P. et Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC : American Psychiatric Association Publishing.
- Bernier, A., Beauchamp, M. H., Carlson, S. M. et Lalonde, G. (2015). A secure base from which to regulate: Attachment security in toddlerhood as a predictor of executive functioning at school entry. *Developmental psychology*, 51(9), 1177-1189.
- Byrne, G., Slead, M., Midgley, N., Fearon, R. M. P., Mein, C., Bateman, A. et Fonagy, P. (2019). Lighthouse parenting Programme: description and pilot evaluation of mentalization-based treatment (MBT) to address child maltreatment. *Clinical child psychology and psychiatry*, 24, 680-693.
- Carlson S.M., Zelazo P.D. (2014). *Minnesota Executive Function Scale—Test Manual*. Saint Paul, MN : Reflection Sciences.
- Cassidy, J. et Marvin, R.S., with the MacArthur Working Group on Attachment. (1992). Attachment organisation in 2½ to 4½ years olds: Coding manual. Manuel de codification non publié, University of Virginia.
- Cournoyer, A. (2017). *Problèmes de comportement d'enfants d'âge préscolaire référés en pédopsychiatrie : implication du rôle de l'attachement à la mère et du fonctionnement exécutif de l'enfant* (Essai doctoral, Université du Québec à Trois-Rivières).
- Delbarre, M., Dubois-Comtois, K., Achim, J. et Lebel, A. (2020 a). Comportements de désinhibition sociale et d'attachement d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie. *Revue Enfance*, 2020/2, 241-258.
- Delbarre, M., Dubois-Comtois, K., Achim, J. et Lebel, A. (2020 b). Comportements d'attachement d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie : lien avec des caractéristiques psychologiques maternelles. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 68, 100-105.
- Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory: BSI; Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN : Pearson.
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., Bernier, A., & Moss, E. (2017). Testing the limits: Extending attachment-based intervention effects to infant cognitive outcome and parental stress. *Development and Psychopathology*, 29, 565-574.

- Dubois-Comtois, K., Sénécal, I., Hould, R., Deschenaux, E. et Alain, G. (2020). La psychothérapie de groupe comme modalité d'intervention clinique pour favoriser la mentalisation : illustration du travail auprès des enfants et de leurs parents. Dans J. Achim, A. Lebel et K. Ensink (Éds), *Mentaliser en contexte pédiopsychiatrique : interventions thérapeutiques*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Dougherty, L. R., Leppert, K. A., Merwin, S. M., Smith, V. C., Bufferd, S. J. et Kushner, M. R. (2015). Advances and directions in preschool mental health research. *Child development perspectives*, 9(1), 14-19.
- Ehrlich, K. B. et Cassidy, J. (2019) Attachment and physical health: introduction to the special issue. *Attachment & human development*, 21(1), 1-4, doi: 10.1080/14616734.2018.1541512
- Englund, M. M., Kuo, S. I. C., Puig, J. et Collins, W. A. (2011). Early roots of adult competence: The significance of close relationships from infancy to early adulthood. *International journal of behavioral development*, 35(6), 490-496.
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L. et Fonagy, P. (2016). Maternal and child reflective functioning in the context of child sexual abuse: Pathways to depression and externalizing difficulties. *European journal of psychotraumatology*, 7. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v7.30611>
- Ensink, K., Borelli, J. L., Roy, J., Normandin, L., Slade, A. et Fonagy, P. (2019). Costs of not getting to know you: Lower levels of parental reflective functioning confer risk for maternal insensitivity and insecure infant attachment. *Infancy*, 24(2), 210-227.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M. et Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child development*, 81(2), 435-456. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x
- Fearon, R. M. P. et Belsky, J. (2016). Precursors of attachment security. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, Third edition* (pp. 291-313). New York, NY: The Guilford Press.
- Fivaz-Depeursinge, É. (2003). L'alliance coparentale et le développement affectif de l'enfant dans le triangle primaire. *Thérapie familiale*, 24(3), 267-273.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. et Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P. et Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of personality disorders*, 20, 544-576. doi: 10.1521/pedi.2006.20.6.544
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G. et Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic inquiry*, 23(3), 412-459.

- Green, J., Stanley, C. et Peters, S. (2007). Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attachment & human development*, 9(3), 207-222.
- Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E., ... Schwannauer, M. (2019). Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, 19(1), 167-179.
- Hidalgo, A. P. C., Muetzel, R., Luijk, M. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., El Marroun, H., Vernooij, M. W., ... Tiemeier, H. (2019). Observed infant-parent attachment and brain morphology in middle childhood—A population-based study. *Developmental cognitive neuroscience*, 40, 100724.
- Huber, A., McMahon, C. A. et Sweller, N. (2015). Efficacy of the 20-week circle of security intervention: Changes in caregiver reflective functioning, representations, and child attachment in an Australian clinical sample. *Infant mental health journal*, 36(6), 556-574.
- Kalland, M., Fagerlund, Å., von Koskull, M. et Pajulo, M. (2016). Families First: the development of a new mentalization-based group intervention for first-time parents to promote child development and family health. *Primary health care research & development*, 17(1), 3-17.
- Koehn, A. J. et Kerns, K. A. (2018). Parent—child attachment: Meta-analysis of associations with parenting behaviors in middle childhood and adolescence. *Attachment & human development*, 20(4), 378-405.
- Lawson, D. M., Davis, D. et Brandon, S. (2013). Treating complex trauma: Critical interventions with adults who experienced ongoing trauma in childhood. *Psychotherapy*, 50(3), 331-335.
- Lebel A., Lessard N., Achim J. et Dubois-Comtois K. (2011). *Questionnaire à l'attention des parents et tuteurs légaux*. Document inédit, Service de pédopsychiatrie, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Montréal, Canada.
- Lebel, A. (2019, octobre) L'apport de la recherche clinique à la pédopsychiatrie. Communication orale. Colloque du centenaire de l'Hôpital en santé mentale Albert-Prévost. Montréal, Canada.
- Luyten, P., Malcorps, S., Fonagy, P. et Ensink, K. (2019). Assessment of mentalizing. Dans A. Bateman & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 37-62). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L. et Fonagy, P. (2017). The Parental Reflective Functioning Questionnaire: Development and preliminary validation. *PLoS ONE*, 12(5). e0176218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218>
- Luyten, P., Mayes, L., Sadler, L., Fonagy, P., Nicholls, S., Crowley, ... Slade, A. (2009). *The Parental Reflective Functioning Questionnaire -1 (PRFQ-1)*. Manuscrit non publié. Leuven, Belgium: University of Leuven.
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J. F., Easterbrooks, M. A., Obsuth, I., Hennighausen, K. et Vulliez-Coady, L. (2013). Parsing the construct of maternal insensitivity: Distinct longitudinal pathways associated with early maternal withdrawal. *Attachment & human development*, 15(5-6), 562-582.

- Lyons-Ruth, K. et Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, Third edition* (pp. 667-695). New York, NY: The Guilford Press.
- Main, M. et Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental psychology*, 24, 415-426.
- McGoron, L., Gleason, M. M., Smyke, A. T., Drury, S. S., Nelson III, C. A., Gregas, M. C., ... Zeanah, C. H. (2012). Recovering from early deprivation: attachment mediates effects of caregiving on psychopathology. *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry*, 51(7), 683-693.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N. et Muller, N. (2017). The process of assessment in time-limited MBT-C. Dans *Mentalization-based treatment for children: A Time-Limited Approach* (pp. 105-132). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Moss, E., Lecompte, V. et Bureau, J.F. (2015). Preschool and Early School-Age Attachment Rating Scales (PARS). Manuel de codification non publié, Université du Québec à Montréal.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23, 195-210.
- Moss, E., Tarabulsy, G. M., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Bernier, A. et St-Laurent, D. (2018). The attachment videofeedback intervention program: Development and validation. Dans H. Steele & M. Steele (Éds.), *Handbook of attachment-based interventions* (pp. 318-338). New York, NY: Guilford Publications.
- Mubarak, A., Cyr, C., St-André, M., Paquette, D., Emond-Nakamura, M., Boisjoly, L., ... Stikarovska, I. (2017). Child attachment and sensory regulation in psychiatric clinic-referred preschoolers. *Clinical child psychology and psychiatry*, 22(4), 572-587.
- Riley, C., Atlas-Corbett, A. et Lyons-Ruth, K. (2005). Rating of Infant-Stranger Engagement (RISE) coding system. Document non publié, Department of Psychiatry, Harvard Medical School at the Cambridge Hospital; Cambridge, MA.
- Sharp, C. (2006). Mentalizing problems in childhood disorders. *Handbook of mentalization-based treatments*, 201-212.
- Sharp, C. et Venta, A. (2013). Mentalizing problems in children and adolescents. In *Minding the child* (pp. 49-67). Milton Park, R.-U.: Routledge.
- Skovgaard, A. M. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. *Danish medical bulletin*, 57(10), B4193.
- Slade, A., Bernbach, E., Grienemberger, J., Levy, D. et Locker, A. (2004). *Addendum to Fonagy, Target, Steele & Steele Reflective Functioning Scoring Manual for use with the Parent Development Interview*. Manuscrit non publié. New York,



- NY: The City College and Graduate Center of the City University of New York.
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D. et Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & human development*, 7(3), 283-298.  
doi:10.1080/14616730500245880
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and human development*, 7(3), 269-281.
- Speltz, M. L., Greenberg, M. T. et Deklyen, M. (1990). Attachment in preschoolers with disruptive behavior: A comparison of clinic-referred and nonproblem children. *Development & psychopathology*, 2(1), 31-46.
- Steele, H. et Steele, M. (2018). *Handbook of attachment-based interventions*. New York, NY: Guilford Publications.
- Suchman, N., Pajulo, M., Kalland, M., DeCoste, C. et Mayes, L. (2012). At-risk mothers of infants and toddlers. Dans A. W. Bateman, & P. Fonagy (Éds.). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 309-346). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Terradas, M. M. et Achim, J. (2013). «Arrête de faire semblant, on joue pour vrai!» Intégration de techniques basées sur la mentalisation à la psychothérapie d'enfants d'orientation psychanalytique. *La psychiatrie de l'enfant*, 56(2), 439-465.
- Troller-Renfree, S. et Fox, N. A. (2017). Sensitive periods of development: Implications for risk and resilience. Dans J. L. Luby (Éd.) *Handbook of preschool mental health: Development, disorders, and treatment, Second edition* (pp. 3-26). New York: The Guilford Press.
- Urfer, F. M., Achim, J., Terradas, M. M., Bisaillon, C., Dubois-Comtois, K. et Lebel, A. (2015). Fonction réflexive de parents d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédopsychiatrie: une étude exploratoire. *Devenir*, 28(3), 149-178.
- van IJzendoorn, M. H. et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2019). Bridges across the intergenerational transmission of attachment gap. *Current opinion in psychology*, 25, 31-36.
- Woodhouse, S. S., Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K. et Cassidy, J. (2018). The circle of security intervention: Design, research, and implementation. Dans H. Steele & M. Steele (Éds.), *Handbook of attachment-based interventions* (pp. 50-78). New York, NY: Guilford Publications.
- Yan, J., Han, Z. R., Tang, Y. et Zhang, X. (2017). Parental support for autonomy and child depressive symptoms in middle childhood: The mediating role of parent—child attachment. *Journal of child and family studies*, 26(7), 1970-1978.