

Université de Montréal

Mouvements fusionnels et rejetants et influence
des angoisses paranoïdes et dépressives
dans l'expérience maternelle de deux états-limites

par
Stéphanie Turcotte

Département de psychologie
Faculté des arts et sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Ph.D
en psychologie – recherche et intervention
option clinique dynamique

juillet 2004

©Stéphanie Turcotte, 2004



BF

22

U54

2005

v.008

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Mouvements fusionnels et rejetants et influence
des angoisses paranoïdes et dépressives
dans l'expérience maternelle de deux états-limites

présentée par :

Stéphanie Turcotte

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

M. Marc-André Bouchard

président rapporteur

Mme Hélène David

directeur de recherche

M. Denis Lafortune

membre du jury

Mme Véronique Lussier

examineur externe

M. Marc-André Bouchard

représentant du doyen de la FES

RÉSUMÉ

Dans le cadre de cette thèse inscrite dans une perspective psychanalytique, nous réfléchissons aux enjeux pouvant teinter la maternité psychique de certaines femmes présentant un trouble de personnalité limite. Plus spécifiquement, nous nous intéressons aux attitudes maternelles rejetantes et fusionnelles repérables dans le discours de deux mères états-limites, et aux éléments de leur fonctionnement intrapsychique pouvant sous-tendre ces attitudes.

Dans un premier volet, notre étude comporte donc la réalisation d'une évaluation psychologique approfondie mettant en lumière non seulement le profil symptomatique, mais aussi le fonctionnement intrapsychique des deux mères étudiées. Dans un second volet, nous avons effectué plusieurs entrevues semi-structurées auprès de ces deux mères, entrevues s'intéressant notamment aux représentations qu'elles se font de leur histoire personnelle, de l'histoire de leurs maternités et de leur expérience maternelle actuelle auprès de jeunes enfants d'âge préscolaire ou scolaire. A ces entrevues s'est ajouté l'administration de deux questionnaires portant sur l'expérience maternelle actuelle, soit l'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle (Hock, Mc Bride et Gnezda, 1989), et l'Indice de Stress Parental (Abidin, 1995).

Au plan théorique, nous proposons une réflexion au sujet du processus de séparation-individuation traversé par toute dyade mère-enfant, en insistant sur les particularités reconnues comme teintant spécifiquement ce processus chez les mères états-limites. Pour ce faire, nous présentons entre autres une théorie déterminante, soit celle de Masterson et Rinsley (1975) voulant que la mère état-limite renforce la dépendance chez son enfant et le rejette lorsqu'il s'autonomise. Toutefois, en postulant que la pathologie état-limite se retrouve sur un continuum allant de la psychose à la névrose, nous nous demandons s'il est effectivement possible que certaines mères états-limites, plus vulnérables à l'expérience psychotique du fait d'une plus grande porosité des frontières du moi, vivent sereinement les demandes régressives de leurs enfants,

c'est-à-dire sans émergence significative d'angoisse paranoïde. Pour discuter de fragilité psychotique, nous nous référons aux critères du diagnostic structural énoncés par Otto Kernberg ainsi qu'à la théorie de Mélanie Klein au sujet des relations d'objet propres à la position schizo-paranoïde.

Ainsi, l'analyse qualitative des résultats obtenus auprès de deux mères présentant justement une fragilité psychotique nous amène à émettre l'hypothèse qu'un tableau inverse de celui décrit par Masterson et Rinsley (1975) peut aussi exister chez certaines mères états-limites, soit une tendance au rejet d'un enfant perçu comme dépendant et demandant, enfant duquel on attend ici une autonomie trop précoce. Plutôt que de discuter principalement de l'influence de l'angoisse d'abandon de la mère état-limite, nous soulignons l'ampleur de l'influence de l'angoisse paranoïde chez certaines de ces mères et expliquons pourquoi nous croyons que la fragilité psychotique de celles-ci sous-tend leur intolérance face à la dépendance perçue chez leurs enfants. Nous discutons finalement des implications possibles d'une confirmation de nos hypothèses dans le cadre d'études futures, comme l'importance d'accorder une attention particulière aux angoisses paranoïdes lors du traitement des mères états-limites ou encore de proposer systématiquement, à titre préventif, une prise en charge thérapeutique des patientes états-limites fortement paranoïdes lors de la période post-natale.

Mots clés : état-limite, maternité, psychose, fusion, rejet

SUMMARY

Taking a psychodynamic approach, this thesis looks at some issues that can influence psychic motherhood of some women diagnosed with borderline personality disorder. More specifically, we are interested in the rejecting and fusional maternal attitudes identified in the discourse of two borderline mothers. We also examine the intrapsychic functioning of these mothers in order to determine which aspects might be contributing to these maternal attitudes.

The first part of this research consists in the extensive psychological assessment of the two subjects, revealing their symptomatic profile as well as their personality organization. In a second part, we conducted many semi-structured interviews with the mothers studied, discussing their mental representations of their personal and motherhood histories as well as their actual maternal experience with their preschoolers and school age children. Mothers also filled in the Maternal Separation Anxiety Scale (Hock, Mc Bride et Gnezda, 1989) and the Parenting Stress Index (Abidin, 1995) to further assess their actual maternal experience.

Theoretically, we discuss the separation-individuation process, which every mother-child relationship has to get through. We insist on the particularities recognized as the borderline mother's separation-individuation process. In order to do this, we present the determining Masterson and Rinsley's theory (1975) which postulates that a borderline mother reinforces her child's dependency and rejects him (her) when he (she) gains autonomy. However, postulating that borderline pathology lies on a continuum between psychosis and neurosis, we question the possibility that some borderline mothers, because of their psychotic vulnerability, could tolerate (and even appreciate) a regressive child without experiencing significant paranoid anxieties. In order to discuss the idea of psychotic vulnerability, we refer to Otto Kernberg's structural diagnostic criteria and to Melanie Klein's object theory related to schizo-paranoid position.

Having interviewed two borderline mothers presenting psychotic vulnerability, our results analysis brings us to critically discuss Masterson and Rinsley's theory. We rather suggest that a tendency to reject a child perceived as dependent and demanding, and to expect that child to be precociously independent can be observed in some borderline mothers. Rather than focusing on the influence of borderline mother's separation anxiety, we underline the importance of paranoid anxieties observed in some of these mothers. We explain why we believe that these mothers' psychotic vulnerability could be the basis of their intolerance to the dependency they perceive in their children. Finally, we briefly expose some implications if our hypothesis are confirmed in future research, like the importance of addressing paranoid anxieties during borderline mothers' treatment, or the importance, with preventive purpose, of systematic treatment proposal to those highly paranoid borderline mothers during post natal period.

Key words : borderline, motherhood, psychosis, symbiosis, rejection

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	iii
SUMMARY	v
LISTE DES TABLEAUX	xi
LISTE DES FIGURES	xii
REMERCIEMENTS	xiii
CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE ET QUESTIONNEMENT DE RECHERCHE	1
1.1 La maternité normale et pathologique : de la fusion à la séparation-individuation	1
1.2 La maternité état-limite telle que décrite dans la littérature	5
1.3 La femme état-limite et sa mère	9
1.4 Regard critique sur la littérature	11
1.5 Influence de la vie psychique du nourrisson sur l'ajustement à la maternité	13
1.6 Différents types d'états-limites : différents ajustements à la séparation-individuation?.....	15
1.7 Lignes directrices de notre étude.....	19
CHAPITRE 2 : ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES DE L'ÉTUDE	21
2.1 Déroulement de la recherche	21
2.1.1 Recrutement des sujets	21
2.1.2 Premier contact téléphonique	22
2.1.3 Premières rencontres : première partie du processus diagnostique	23
2.1.4 Rencontres subséquentes : histoire personnelle et expérience maternelle	24
2.1.5 Dernière rencontre : complément au processus diagnostique	26

2.2	Instruments de mesure	27
2.2.1	Instruments d'évaluation psychologique	27
2.2.1.1	Le Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R).....	27
2.2.1.2	L'Entrevue diagnostique révisée pour troubles limites de la personnalité (DIB-R).....	29
2.2.1.3	L'épreuve projective du Rorschach	32
2.2.1.4	La Montreal Transference-Countertransference Measure...	39
2.2.1.5	La grille portant sur les états mentaux du patient.....	42
2.2.2	Instruments liés au vécu de la maternité.....	45
2.2.2.1	Les entrevues semi-structurées	45
2.2.2.2	L'Indice de Stress Parental (ISP), version maternelle	46
2.2.2.3	L'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle (EASM).....	49
2.2.3	Autre instrument de mesure.....	51
2.2.3.1	Questionnaire de renseignements généraux	51
2.3	Traitement des données	51
2.3.1	Évaluation psychologique des sujets	51
2.3.2	Vécu de la maternité à partir des analyses de contenu des verbatim d'entrevue	53
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS		62
3.1	Sujet no.1 : Élise.....	62
3.1.1	Histoire personnelle d'Élise	62
3.1.2	Profil psychopathologique d'Élise	64
3.1.2.1	Profil d'Élise au SCL-90-R	64
3.1.2.2	Profil d'Élise au DIB-R.....	66
3.1.2.3	Profil d'Élise au Rorschach.....	70
3.1.2.4	Profil d'Élise à la MTCM.....	76
3.1.2.5	Profil d'Élise à la grille portant sur les états mentaux.....	78
3.1.2.6	Synthèse diagnostique	79
3.1.3	Expérience maternelle d'Élise.....	81
3.1.3.1	Résultats d'Élise à l'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle (EASM).....	81

3.1.3.2	Résultats d'Élise à l'Indice de Stress Parental (ISP).....	83
3.1.3.3	Résultats suite à la cotation des entrevues effectuées avec Élise	91
3.2	Sujet no.2 : Carole	95
3.2.1	Histoire personnelle de Carole	95
3.2.2	Profil psychopathologique de Carole	97
3.2.2.1	Profil de Carole au SCL-90-R.....	97
3.2.2.2	Profil de Carole au DIB-R.....	100
3.2.2.3	Profil de Carole au Rorschach.....	105
3.2.2.4	Profil de Carole à la MTCM.....	114
3.2.2.5	Profil de Carole à la grille portant sur les états mentaux.....	116
3.2.2.6	Synthèse diagnostique	117
3.2.3	Expérience maternelle de Carole.....	119
3.2.3.1	Résultats de Carole à l'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle (EASM).....	119
3.2.3.2	Résultats de Carole à l'Indice de Stress Parental (ISP)	120
3.2.3.3	Résultats suite à la cotation des entrevues effectuées avec Carole	126
	CHAPITRE 4 : Discussion.....	130
4.1	Sujet no. 1 : Élise.....	130
4.1.1	La relation d'Élise avec Annie	130
4.1.2	La relation d'Élise avec Catherine	133
4.1.3	La relation d'Élise avec Thomas	136
4.1.4	Considérations générales sur le vécu maternel d'Élise	138
4.2	Sujet no. 2 : Carole	141
4.2.1	La relation de Carole avec Philippe	141
4.2.2	La relation de Carole avec Charles.....	146
4.2.3	Considérations générales sur le vécu maternel de Carole	148
	CHAPITRE 5 : CONCLUSION.....	152

RÉFÉRENCES	158
ANNEXE A : Formulaire de consentement	i-1
ANNEXE B : Instruments d'évaluation psychologique.....	ii-1
Le Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)	ii-2
L'Entrevue diagnostique révisée pour troubles limites de la personnalité (DIB-R)	ii-7
Le Rorschach	ii-20
La Montreal Transference-Countertransference Measure.....	ii-22
ANNEXE C : Questionnaire de renseignements généraux	iii-1
ANNEXE D : Thèmes des entrevues semi-structurées	iv-1
ANNEXE E : Questionnaires portant sur le vécu de la maternité.....	v-1
L'Indice de Stress Parental (ISP)	v-2
L'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle (EASM)	v-10
ANNEXE F-1 : Profil psychopathologique du sujet no. 1 : Élise.....	vi-1
Profil d'Élise au SCL-90-R	vi-2
Profil d'Élise au DIB-R.....	vi-4
Profil et verbatim d'Élise au Rorschach.....	vi-6
Profil d'Élise à la MTCM.....	vi-24
ANNEXE F-2 : Profil psychopathologique du sujet no. 2 : Carole	vii-1
Profil de Carole au SCL-90-R.....	vii-2
Profil de Carole au DIB-R.....	vii-4
Profil et verbatim de Carole au Rorschach.....	vii-6
Profil de Carole à la MTCM.....	vii-27
ANNEXE G-1 : Classification des extraits d'entrevues : sujet no. 1 (Élise)	viii-1
ANNEXE G-2 : Classification des extraits d'entrevues : sujet no. 2 (Carole).....	ix-1

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I :	Résultats d'Élise à l'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle.....	82
Tableau II :	Résultats d'Élise à l'Indice de Stress Parental (1 ^{ère} enfant).....	84
Tableau III :	Résultats d'Élise à l'Indice de Stress Parental (2 ^e enfant).....	86
Tableau IV :	Résultats d'Élise à l'Indice de Stress Parental (3 ^e enfant).....	89
Tableau V :	Résultats de Carole à l'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle.....	119
Tableau VI :	Résultats de Carole à l'Indice de Stress Parental (1 ^{er} enfant).....	121
Tableau VII :	Résultats de Carole à l'Indice de Stress Parental (2 ^e enfant).....	124

LISTE DES FIGURES

Figure 1:	Classification possible des unités d'analyse identifiées.....	56
Figure 2:	Élise : Représentations de l'ensemble des enfants et de chaque enfant	91
Figure 3:	Élise : Représentations de soi en tant que mère avec l'ensemble des enfants et avec chaque enfant.....	92
Figure 4:	Élise : Représentations de la relation mère-enfant avec l'ensemble des enfants et avec chaque enfant.....	93
Figure 5:	Carole : Représentations de l'ensemble des enfants et de chaque enfant	126
Figure 6:	Carole : Représentations de soi en tant que mère avec l'ensemble des enfants et avec chaque enfant.....	127
Figure 7:	Carole : Représentations de la relation mère-enfant avec l'ensemble des enfants et avec chaque enfant.....	128

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de thèse, madame Hélène David, pour les judicieux conseils et le soutien prodigués tout au long de la réalisation de cette thèse, mais également pour son enthousiasme et la confiance inépuisable démontrée lors de nos nombreuses années de travail commun.

Je remercie spécialement Stéphane, mon conjoint, pour son soutien constant, son écoute et sa patience qui furent de précieux alliés dans la réalisation de ce travail. Un gros merci à ma belle Béatrice pour son grand amour, ses fous rires et sa chaleur. Merci à ma famille et surtout à mes parents pour avoir été des modèles de persévérance et de ténacité.

Ma reconnaissance s'adresse également aux nombreux psychologues ayant agi à titre d'auxiliaires de recherche dans le cadre de ce travail. Ils sont si nombreux, j'espère ne pas en oublier : Julie St-Amand, Claudia Ratelle, Valérie Laflamme, Marie-Claude Bélair, Sylvie-Hélène Brisson, Maurice Carrier, Chantal Benoît, Chantal Guimond et Cynthia Turcotte. Un merci bien spécial à Chantale Couturier, PhD, consœur du réseau de santé mentale jeunesse en Montérégie, pour avoir été généreuse dans ses encouragements, ses bonnes idées, et pour avoir eu confiance en ma capacité à mener ce projet à terme.

Je ne peux non plus passer sous silence l'influence déterminante des superviseurs de stage rencontrés tout au long de mes études. Sans ce contact avec leur intérêt contagieux pour la théorie psychanalytique, cette thèse, tout comme ma pratique clinique actuelle, auraient été bien différentes.

Finalement, je remercie le Fonds pour les chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR), le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) et particulièrement le Conseil Québécois de la recherche sociale (CQRS), organismes qui m'ont soutenue durant toutes mes études supérieures en psychologie.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE ET QUESTIONNEMENT DE RECHERCHE

Depuis plusieurs années, nous nous intéressons à divers aspects de l'expérience de la maternité. Notre travail clinique de psychologue auprès d'enfants et d'adolescents nous met régulièrement en contact avec des mères en souffrance, plusieurs d'entre elles présentant un trouble limite de la personnalité. En psychologie clinique, les difficultés relationnelles des états-limites sont bien reconnues. Angoisses d'abandon et d'engouffrement, rage, dépression, avidité affective, dépendance, idéalisation et dévalorisation teintent quotidiennement leur monde personnel houleux. Face à de telles patientes dont le désir de se faire elles-mêmes mater est souvent criant, nous réfléchissons, dans le cadre de cette thèse, à leur façon d'assumer les exigences propres au rôle de mère, notamment celles rattachées au processus de séparation-individuation inhérent à toute relation mère-enfant (Mahler, 1980).

1.1 La maternité normale et pathologique : de la fusion à la séparation-individuation

Les écrits de Benedek (1959, 1970) et de Deutsch (1967) sur la maternité mettent en lumière ce que peuvent toujours reconnaître les femmes d'aujourd'hui, c'est-à-dire que l'expérience maternelle sollicite considérablement la capacité d'amour altruiste. Cette capacité et le désir de l'exercer motivent principalement le processus normal de grossesse selon Lerner, Raskin et Davis (1967). Ces auteurs soulignent cependant que chez certaines femmes, la grossesse peut résulter d'une recherche de satisfaction des besoins prégénitaux, notamment ceux en lien avec le stade oral réceptif. Parce que la régression narcissique qui accompagne normalement la grossesse amène bien des femmes à se sentir comblées et complètes (Racamier, 1979), cet état peut servir à occulter un sentiment profond de solitude et d'abandon (Scharbach et Moisan, 1983). Il peut aussi permettre à la future mère d'obtenir une affection et une attention accrues des membres de son entourage et par identification à l'enfant en gestation, de devenir sa propre « bonne » mère (Lerner et al., 1967). Équivalent pour certaines femmes d'une tentative maladaptée pour résoudre des conflits conscients ou inconscients

souvent liés à des privations infantiles, la grossesse peut donc servir de compensation pour le manque de gratifications orales dépendantes et par conséquent, atténuer l'hostilité intense et primitive résultant de ce manque (Lerner et al., 1967).

Dans des conditions normales, la relation fusionnelle-symbiotique mère-enfant amorcée lors de la grossesse se poursuit au-delà de la naissance et permet à cette mère, par identification à son enfant, de pressentir ses besoins et de les combler. Plusieurs auteurs, en des termes différents, ont discuté de ces phénomènes d'identification de la mère à son enfant qui se poursuivent au-delà de la naissance de ce dernier. Qu'il s'agisse de "régression féconde au plan oral" (Racamier, 1979), de "préoccupation maternelle primaire" (Winnicott, 1956) ou encore de "violence primaire" exercée par la fonction maternelle de "porte-parole" de l'enfant (Aulagnier, 1975), il est question de la nécessité pour la survie physique et psychique de l'enfant que s'établisse pour un moment une relation symbiotique entre lui et sa mère. Lerner et al. (1967) soulignent comment cet état pourra être particulièrement apprécié par certaines femmes en manque de gratifications orales, y trouvant là une occasion de se mater elles-mêmes. Paradoxalement, puisque cette première période du maternage et les gestes qui y sont associés (l'allaitement entre autres) raniment chez la mère les conflits oraux ayant teinté sa relation à sa propre mère, elle pourra aussi s'avérer perturbatrice pour les femmes aux besoins oraux prononcés (Benedek, 1959; Racamier, 1979).

En fait, pour Racamier (1979), cette première période du maternage est un moment de crise pour toute nouvelle mère puisqu'elle suppose une importante réactivation de conflits infantiles et une sollicitation majeure du problème central de l'identification à la mère. Chez certaines femmes, ce moment pourra entraîner une perturbation de l'équilibre psychique, alors que chez d'autres, il sera l'occasion d'élaborer certains conflits du passé et d'atteindre un nouveau niveau d'intégration de la personnalité. Dans cet ordre d'idées, Benedek (1959) considère l'entrée dans la maternité comme une nouvelle phase du développement psychosexuel, avec ce que cela comporte de

régression, de possibilités d'échec comme de nouvelle intégration. Winnicott (1956) quant à lui explique à quel point l'état "d'hypersensibilité" de la mère à son enfant lors de ses premières semaines de vie, état reposant sur une puissante identification projective déployée par la mère, est comparable à une "maladie" tant il peut s'apparenter à certains états de repli schizoïde. "Maladie normale" toutefois selon Winnicott, mais que certaines femmes plus vulnérables psychologiquement ne se risqueraient pas à attraper, tentant plutôt une "fuite vers la santé mentale", en refusant le retrait vers cette "unité indissociable mère-nourrisson" caractéristique de l'étape la plus précoce de la vie. Mahler, Pine et Bergman (1970) soulignent d'ailleurs la diversité des réactions possibles de la mère lors de cette période dite symbiotique, la totale dépendance de l'enfant pouvant par exemple être source de détresse ou d'une grande satisfaction.

Éventuellement, non seulement l'enfant doit-il se séparer physiquement et psychologiquement de sa mère, mais cette dernière doit également effectuer ce même mouvement du narcissisme à l'objectalité (Benedek, 1970; Racamier, 1979). Ainsi, comme l'indique aussi Winnicott (1956, 1960), autant est-il nécessaire que la mère s'identifie puissamment à son nourrisson afin de permettre chez ce dernier l'intégration du moi et un sentiment de continuité d'être, autant devra-t-elle "guérir" de cette maladie, émerger de la fusion lorsque l'unité du moi de son enfant sera suffisamment assurée. La mère devra donc abandonner sa position dans laquelle elle comprenait presque magiquement les besoins de son enfant pour attendre le "signal" de ce dernier avant d'agir. D'après Mahler et al. (1970), certaines mères éprouveront un soulagement face à l'autonomie croissante de leur enfant, d'autres vivront l'émergence de la fusion comme étant porteuse de gains au sein de la relation, alors que pour certaines, le deuil de cette fusion sera difficile à réaliser. D'après Winnicott (1960), lorsque la mère est incapable de laisser s'achever la fusion, elle offre une alternative peu favorable à l'enfant, soit rester dans un état de régression permanente et de fusion avec elle, soit la rejeter totalement, alors qu'elle est en apparence une "bonne" mère.

Le discours de Winnicott au sujet des effets d'un prolongement indu de la fusion mère-enfant n'est pas bien éloigné de celui d'Aulagnier (1975) lorsqu'elle traite du danger pour la mère de tomber dans la "violence secondaire", excès de la violence primaire, lorsqu'elle veut préserver le statu quo dans sa relation à l'enfant et demeurer "l'offre continue" et unique d'amour et de soins. Ainsi, dans la rencontre originaire mère-*infans* (*infans* référant à l'enfant pré-verbal), Aulagnier explique que la mère interprète l'ensemble des manifestations de l'éprouvé de l'infans, croyant posséder un savoir sur les besoins de son corps et de sa psyché. Par son discours (celui de « l'ombre parlée »), la mère anticipe toujours sur ce que l'infans peut connaître de lui-même et exerce sur lui cette violence primaire, nécessaire puisqu'en donnant un sens à ce qui est irreprésentable pour lui, à ce qu'Aulagnier nomme « l'éprouvé pictographique », la mère laisse la trace du processus secondaire dans sa psyché et favorise ainsi l'émergence future de la pensée autonome, du « Je », instance représentante.

Ainsi, nous dirions qu'il vient un temps où l'ombre parlée doit laisser place au Je parlant. En cas d'échec à réaliser cette tâche cruciale s'exerce la violence secondaire. Comme l'explique Aulagnier, "l'expropriation" d'un droit d'exister, d'avoir une pensée autonome peut être la conséquence de cette violence qui reste souvent méconnue car elle prend le masque de la nécessité, du "pour le bien de l'enfant" dirions-nous. Aulagnier souligne qu'avec la violence secondaire «s'impose la volonté et la parole d'un tiers qui devient seul juge des droits, demandes, besoins et désirs du sujet». Cette question de la capacité maternelle à s'adapter aux étapes du processus de séparation-individuation de son enfant, à effectuer elle-même ce mouvement du narcissisme à l'objectalité est centrale dans l'étude de la relation qu'entretient la mère état-limite avec son enfant.

1.2 La maternité état-limite telle que décrite dans la littérature

Dans la littérature sur la maternité état-limite, malheureusement rare malgré la prévalence de cette problématique dans la pratique clinique, la conception de Masterson (1972, 1976, 1981) et Masterson et Rinsley (1975) exerce une influence majeure. Pour ces auteurs, la pathologie état-limite est d'origine intergénérationnelle. Ils décrivent d'une part le type de relation mère-enfant qui a contribué à l'apparition du trouble limite chez l'adulte, et d'autre part le type de relation que cette adulte, cette mère état-limite entretient à son tour avec son enfant et qui le place à haut risque de développer lui aussi cette pathologie. En s'appuyant sur la description que fait Mahler (1971, 1980) du processus de séparation-individuation, Masterson (1972, 1976, 1981) et Masterson et Rinsley (1975) affirment comme cette dernière que la pathologie limite origine spécifiquement d'un type d'interactions mère-enfant observables dès le début de la phase de séparation-individuation de l'enfant (vers l'âge de 5 mois), qui atteint son apogée lors de la sous-phase du rapprochement (15-25 mois) et se poursuit bien au-delà de cette phase. Selon Mahler (1971, 1980), l'enfant arrive à l'aube de cette période du rapprochement en ayant déjà exercé, lors de la sous-phase d'entraînement (9-15 mois), ses habiletés locomotrices lui permettant d'acquérir une certaine autonomie par rapport à sa mère. Par conséquent, il commence à se rendre vraiment compte de sa séparation d'avec elle. Cet établissement de représentations de soi et d'objet séparées fait naître en lui des craintes d'abandon et un conflit marqué entre dépendance et indépendance. D'un côté, il désire ardemment se séparer de sa mère et peut affirmer son autonomie par des comportements agressifs et un négativisme accru par la phase anale traversée au même moment. Par ailleurs, il affiche à la fois un besoin de revenir régulièrement vers sa mère pour s'assurer de sa présence et partager avec elle chacune de ses expériences nouvelles.

Mahler (1971) et Masterson (1972, 1976, 1981) et Masterson et Rinsley (1975) ont grandement insisté sur l'importance de la disponibilité libidinale de la mère pour la résolution de la crise de rapprochement, disponibilité qui selon eux aurait fait défaut dans l'histoire développementale de l'état-limite. Ainsi, selon Masterson et Rinsley

(1975), l'adulte état-limite aurait eu une mère, elle-même état-limite, ayant trouvé fort gratifiante la phase symbiotique du développement de son enfant, mais ayant très mal toléré l'ambivalence de ce dernier lors de la crise du rapprochement, surtout son désir croissant d'autonomie qui aurait ravivé ses propres angoisses d'abandon. La mère état-limite renforcerait donc selon ces auteurs les comportements régressifs ou dépendants de son enfant et lui retirerait son amour ou lui ferait craindre un rejet de sa part lors de ses efforts vers l'indépendance. Ainsi, la scène interne de l'enfant de l'état-limite deviendrait un miroir de celle de sa mère, reflétant des représentations opposées de celle-ci ("toute bonne" lorsqu'il y a rapprochement, "toute mauvaise" en cas d'éloignement), des représentations de soi associées et des affects reliant celles-ci (par exemple, angoisse d'abandon et dépression s'il y a éloignement). Selon Masterson et Rinsley (1975), le fait que ce genre d'interaction se poursuit bien au-delà de la phase de rapprochement renforce le clivage, cristallise le caractère pathologique des relations d'objet internalisées et empêche l'atteinte de la constance affective de l'objet.

Probablement en partie suite à cette influence de Masterson et Rinsley (cités par plusieurs auteurs sur la question de la maternité état-limite), la tendance dominante et toujours actuelle dans la littérature demeure de concevoir la maternité état-limite en termes avant tout de recherche de relation symbiotique et de comportements entravant l'autonomie de l'enfant (Danti, Adams et Morrison, 1985; Holman, 1985; Thayer, 1986; Flavigny, 1989; Lebovici, 1989; Lawson, 2002). Ce frein à l'acquisition d'une identité différenciée chez l'enfant peut s'imposer de diverses façons, par exemple par la surprotection, le contrôle intrusif, le renversement des rôles générationnels en présence d'un enfant parentifié ou la projection des aspirations narcissiques sur l'enfant. Les éléments de surprotection et de contrôle intrusif et possessif de l'enfant se manifesteraient autant lorsque ce dernier est d'âge préscolaire (Holman, 1985), dans la période de la latence (Danti et al., 1985) ou de l'adolescence (Thayer, 1986). Une certaine forme de maternage par procuration par identification à un enfant dépendant et comblé semble d'autant plus recherché que l'enfant est plus jeune

(Holman, 1985; Lebovici, 1989). Dans tous ces écrits, il est question de la recherche d'une proximité inappropriée avec l'enfant afin d'éviter l'émergence chez la mère d'une angoisse d'abandon, identifiée comme étant centrale dans la problématique de la mère état-limite avec son enfant.

Dans l'ouvrage le plus récent recensé sur la question, Lawson (2002) insiste grandement sur cette angoisse d'abandon ou de perte d'objet, élément motivant essentiellement à son avis non seulement les comportements maternels de type possessif, mais aussi les mouvements de rejet agressif de la mère état-limite envers son enfant. Elle note en fait que la séparation de l'enfant, vécue comme une trahison par sa mère, menace la survie de cette dernière, pouvant entre autres entraîner chez elle des manifestations suicidaires. Pour Lawson, la mère limite décourage, voire punit l'indépendance de son enfant, qui peut se sentir « *controlled...trapped and suffocated* » par la « *merger-hungry personality* » (p.15) de cette dernière. Ainsi, tout comme Masterson et Rinsley (1975), Lawson souligne que la dépendance d'un nouveau-né peut être intensément satisfaisante pour la mère état-limite, les conflits dans la relation mère-enfant émergeant lorsque s'accroît son indépendance, surtout vers l'âge de deux ans, alors qu'il dispose de moyens nouveaux pour exprimer des volontés qui lui sont propres.

En fait, Lawson (2002) insiste sur l'aspect « volatile » ou clivé du type de maternage dont les enfants de l'état-limite peuvent faire l'objet, soit à différents moments de leur développement, soit à l'intérieur d'un très court laps de temps, un enfant pouvant par exemple être perçu une journée comme un « ange » et le lendemain comme un « démon ». Lawson mentionne aussi qu'il est fréquent d'observer un clivage entre les enfants d'une même mère état-limite, ce type de mère pouvant projeter des aspects contradictoires, clivés, de sa propre personnalité sur différents enfants, chacun se voyant à plus long terme assigné le rôle du « bon » ou du « mauvais ». Pour Lawson, même l'enfant mauvais serait l'objet des désirs fusionnels de sa mère état-limite et

tout comme l'enfant préféré, pourrait être victime de son hostilité et de son rejet lorsqu'il manifesterait des mouvements vers l'autonomie.

A côté de cette conception mettant l'accent sur le risque que l'enfant soit l'objet de rejet lorsqu'il s'autonomise, un groupe d'auteurs soulignent, sans élaborer cependant sur la question, que le tableau de la maternité état-limite peut refléter en alternance cette tendance fusionnelle et une autre, opposée, soit celle à rejeter un enfant perçu comme trop demandant et dépendant (Danti et al., 1985). Finalement, quelques rares auteurs mettent plutôt l'accent sur le risque de négligence et de rejet maternel envers l'enfant.

A ce sujet, Weiss, Zelkowitz, Feldman, Vogel, Heyman et Paris (1996) notent chez les enfants de mères états-limites une histoire de négligence sévère dans 57% des cas et de placements en dehors de la famille dans 24% des cas. Jamais dans leur article ces auteurs ne font état de désirs ou de comportements fusionnels manifestés par les mères états-limites envers leur(s) enfant(s). Righetti-Veltema (1986) mentionne que les états-limites entretiennent des fantaisies fusionnelles durant leur grossesse et après la naissance, espérant un enfant « miracle » ou « réparateur » qui les comblerait, les rendrait meilleures et serait leur prolongement narcissique. Toutefois, Righetti-Veltema note l'impossibilité des mères états-limites à être satisfaites de la relation avec leur enfant, et ce dès la naissance, étant donné leur propre quête affective incessante. Ainsi, ces mères rapportent ne pas s'identifier au rôle de mère et percevoir leur enfant comme trop demandant. Plutôt que de renforcer les comportements perçus comme régressifs chez leur enfant en ayant un style de maternage intrusif, elles auraient plutôt tendance, selon Righetti-Veltema, à leur retirer leur affection et à s'en détacher, comme si elles abandonnaient le lien à un enfant qui fut pendant un temps seulement porteur d'espoirs de réparation narcissique.

En conclusion, malgré l'idée répandue voulant que la maternité état-limite soit surtout marquée du sceau du désir fusionnel, certains articles, bien que rares, laissent supposer que d'autres types de maternage associé à cette pathologie peuvent exister.

1.3 La femme état-limite et sa mère

Étant donné l'influence de la relation d'objet intériorisée aux parents, notamment à la mère, sur le vécu de la maternité, ainsi que l'origine intergénérationnelle de certaines difficultés liées à la fonction maternelle (Paul, 1970; Masterson et Rinsley, 1975; Jacobvitz, Morgan, Kretchmar et Morgan, 1990), il nous semble pertinent de considérer quel type de relation la mère état-limite a pu avoir avec ses propres parents, surtout sa mère. Nous croyons que d'en savoir davantage à ce sujet peut nous fournir des pistes de compréhension quant au type de maternage que la femme état-limite peut manifester, voire reproduire.

A ce sujet, la littérature rapporte invariablement comme facteur étiologique de la pathologie limite une relation mère-enfant perturbée. Dans les écrits consultés, il nous semble retrouver les mêmes tendances que celles mentionnées précédemment quant aux types possibles de maternage manifesté par les mères états-limites elles-mêmes. Ainsi, les mères des états-limites auraient été particulièrement enclines aux manifestations de désirs fusionnels, de comportements de rejet ou à une oscillation entre ces deux pôles.

Nous savons que selon Mahler (1971), Masterson et Rinsley (1975), Masterson (1976) et Rinsley (1980), l'état-limite a fait surtout l'objet des désirs fusionnels de sa mère qui avait tendance à le rejeter s'il manifestait son autonomie, physique ou psychique. Golomb, Ludolph, Westen, Block, Maurer et Wiss (1994), après avoir effectué des entrevues avec des mères d'adolescentes limites, remarquent qu'au sein du rapport mère-enfant, elles privilégient la gratification de leurs propres besoins et perçoivent leur fille comme leur prolongement narcissique. Certains chercheurs de ce même groupe, soit Ludolph, Westen, Misle, Jackson, Wixom et Wiss (1990), dans un

autre article, concluent à une plus grande négligence émotionnelle de la part de mères d'adolescentes limites que de celles de patients souffrant de désordre affectifs et d'autres troubles de personnalité. Paris et Zweig-Frank (1989) observent qu'au test *Parental Bonding* de Parker, des adultes limites se rappellent une mère plus négligente affectivement (moins supportante, empathique et chaleureuse) que des patients contrôles. Gunderson, Kerr et Woods (1980) observent aussi cette négligence marquée chez des mères d'états-limites adultes en comparaison à des mères de schizophrènes et de névrotiques.

Par ailleurs, les recherches de Zweig-Frank et Paris (1991) et de Torgersen et Alnaes (1992) ont mis en lumière, au *Parental Bonding*, la présence simultanée de négligence affective et de surprotection maternelles chez des adultes états-limites. Ce style de maternage, surnommé « contrôle non affectueux », indiquerait que la mère ne donne pas de support émotionnel à son enfant et l'empêche à la fois de se séparer d'elle. Une étude de Bezirgian, Cohen et Brook (1993) révèle également que ce mélange de mouvements fusionnels et de rejet pourrait contribuer à l'émergence d'une pathologie limite. Cette étude prospective, effectuée sur une période de dix ans auprès de 776 mères et leur(s) enfant(s) (âgés de 6 ans au début de l'étude), a démontré qu'une surimplication constante de la mère handicapant les tentatives de l'enfant vers l'indépendance, ajoutée à son instabilité émotionnelle, constituaient deux facteurs permettant de prédire le trouble limite futur. Finalement, dans un article fort intéressant, Shapiro, Zinner, Shapiro et Berkowitz (1975) observent plutôt deux types de familles dans lesquelles se retrouve un adolescent limite, soit 1) celle qui désapprouve et décourage l'indépendance de leur enfant, qui éveille trop l'angoisse d'abandon des parents et 2) celle qui désapprouve la dépendance et pousse l'enfant vers une autonomie trop précoce. Dans ces familles, Shapiro et al. (1975) mentionnent que les mères d'adolescents perçoivent les besoins de dépendance de ces derniers comme des demandes hostiles, agressantes et épuisantes auxquelles elles ne peuvent répondre (et ce souvent dès la naissance). Cette perception serait le résultat

d'une projection des propres besoins de dépendance de la mère qu'elle aurait dû nier durant son enfance.

Cette dernière observation laisse entendre que la dépendance n'a pas été invariablement encouragée dans l'histoire de tous les états-limites. Cependant, la littérature en fait très peu état, pas plus qu'elle n'élabore sur une question similaire, soit celle concernant le fait que certaines mères états-limites pourraient à leur tour trouver intolérable les manifestations de dépendance de leur(s) enfant(s). Nous nous pencherons davantage sur cette question dans le cadre de cette thèse.

1.4 Regard critique sur la littérature

En fait, bien que nous considérons personnellement la position de Masterson et Rinsley comme étant fondamentale, force est d'admettre que notre pratique clinique nous a grandement amenée à remettre en question cette idée d'une gratification trouvée invariablement par la mère état-limite dans les demandes régressives de son (ses) enfant(s). En fait, nous avons plutôt observé dans plusieurs cas que cette demande de dépendance, voir cette recherche de fusion de l'enfant avec sa mère était souvent vécue par celle-ci comme une attaque orale prenant un caractère effrayant, menaçant même parfois l'intégrité de son identité et ne lui laissant d'autre choix que de repousser son enfant. A vrai dire, ces observations cliniques, ne correspondant pas à ce que nous retrouvions surtout comme description de la maternité état-limite dans la littérature, ont motivé en quelque sorte le choix de notre sujet de thèse. Par exemple, citons les propos d'une patiente état-limite qui disait de ses enfants âgés de cinq et sept ans : *"Ils briment ma liberté, ils m'envahissent, ils sont tellement demandants, tellement bébés, de vraies sangsues affectives, des prédateurs."* Elle les qualifiera aussi de *"vampires aux crocs sortis"*, de *"monstres en train de me bouffer"* et *"d'un troupeau d'éléphants qui me foncent dessus, qui foncent sur un colibri."*

Du lien avec sa propre mère, cette patiente rapportait que ses tentatives de rapprochement avec elle et non la recherche d'autonomie avaient été synonymes d'abandon. Ainsi, nous a-t-elle dit :

“Ma mère était froide, épouvantable, j'étais à ses yeux tellement exigeante, collante, elle pouvait cesser de me parler pendant des jours. Vers l'âge de dix ans, elle voulait me faire signer un contrat pour que je sois moins demandante. Elle faisait souvent semblant de téléphoner à un pensionnat pour m'y envoyer, ça me terrorisait. Avec elle, j'étais juste “trop”.

Comme d'autres mères états-limites rencontrées en clinique, cette patiente demeurera avec le sentiment d'avoir été abandonnée par sa mère et de l'avoir attaquée par ses demandes. Ainsi croyait-elle être à l'origine des nombreuses crises d'épilepsie que celle-ci faisait lorsqu'elle était enfant. Dans ses moments d'identification à l'agresseur maternel et possiblement de projection de sa propre avidité, les demandes affectives de ses enfants, et même de son conjoint, *“amoureux à en donner mal au cœur”*, revêtiront donc des allures d'attaque ou de poison.

Cet aspect que la demande de gratification orale de l'enfant peut être vécue comme une dangereuse attaque n'est pas abordé dans les écrits de Masterson (1972, 1976, 1981) et Masterson et Rinsley (1975) sur la maternité état-limite. Bien que ces auteurs jugent que la présence d'une *“oralité agressive”* est caractéristique des patients limites, ils n'abordent pas la question d'une interférence, de cette rencontre choc possible entre cette fixation orale de la mère et l'intensité de la demande orale de l'enfant, et surtout de l'*infans*, de cet enfant *“pré-verbal”*, celui de la rencontre originare décrite par Aulagnier (1975), celui de la période symbiotique de Mahler (1980), celui de la position schizo-paranoïde de Klein (1946, 1972), celui qui d'après Winnicott (1956, 1960) ressent une menace d'annihilation au moindre manquement oral d'une mère incapable de préoccupation maternelle primaire. Si nous tenons compte des exigences imposées à la fonction maternelle bien avant la phase du

rapprochement, c'est-à-dire si nous considérons l'influence des caractéristiques de la vie psychique du nourrisson sur celle de sa mère, nous avons, croyons-nous, matière à réfléchir aux écueils possibles qu'une mère aux fortes fixations orales, telle que la mère état-limite, peut rencontrer dès la période symbiotique de la relation avec son bébé.

1.5 Influence de la vie psychique du nourrisson sur l'ajustement à la maternité

Winnicott (1960) a bien mentionné « qu'un nourrisson seul, ça n'existe pas ». Nous ajouterions qu'une mère seule, ça n'existe pas non plus, et qu'autant le nourrisson est influencé par l'organisation psychique de sa mère, autant cette dernière l'est par celle de son nourrisson. Une question importante se pose donc à notre avis : quel *infans* une mère, peu importe l'organisation de sa personnalité, rencontre-t-elle dès les premiers instants de sa relation avec lui? Avec quel nourrisson transige-t-elle lors de cette période dite symbiotique? Les auteurs ayant réfléchi à cette question en arrivent tous à des réflexions similaires, malgré leur façon bien personnelle de parler de cette vie psychique précoce, notamment des souffrances primitives survenant en cas de rupture, inévitable, d'un certain état d'équilibre physique et psychique. Qu'il s'agisse d'Aulagnier (1975) et de sa référence au pictogramme, éprouvé inconnaissable avant que ne s'établisse la fonction langagière et à la source de la pulsion de mort, de Winnicott (1960) et des angoisses d'annihilation ou agonies primitives propres à l'état de non intégration du moi, ou encore de Klein (1946, 1972) et des premières angoisses paranoïdes, il est toujours question d'un nourrisson à l'organisation psychique extrêmement précaire, voire "inorganisé", dépendant totalement des apports maternels pour sa survie physique et psychique et soumis à des états de haine et d'angoisse extrêmes, de nature psychotique, en cas de frustrations.

Si le nourrisson gardait ses angoisses pour lui, pourrions-nous dire très simplement, la mère pourrait peut-être réussir à ne s'identifier qu'à une extension d'elle-même parfaitement comblée oralement, totalement satisfaite, et ainsi se materner ou se "réparer" elle-même oralement. Cependant, ce serait tout d'abord considérer

seulement un des pôles du clivage en occultant le “mauvais sein”, et ensuite perdre de vue que l’identification projective n’est pas mise en œuvre que par la mère dans la relation symbiotique, étant utilisée abondamment par l’enfant qui n’épargne pas sa mère de ses propres angoisses. En fait, la symbiose “réussie” repose sur cette capacité d’identification intense de la mère à l’enfant et cela implique l’identification aux états de souffrance radicale éprouvés par ce dernier. Cela n’est certainement pas sans raison que Winnicott (1956) affirme que la mère doit être en bonne santé mentale pour se permettre cette maladie normale qu’est la préoccupation maternelle primaire et en guérir. Cet auteur (1960) souligne d’ailleurs que Mélanie Klein a bien mis en lumière le type d’angoisse auquel le nourrisson et par conséquent sa mère sont confrontés dans les premiers temps de la vie.

A cet effet, les observations de Klein (1946, 1972) au sujet du sadisme oral et de sa destructivité caractéristique de la position schizo-paranoïde font douter des capacités de certaines mères aux prises elle-mêmes avec de fortes fixations orales à se laisser aller au risque de la relation symbiotique avec leur enfant. Klein mentionne comment à la fois l’avidité et l’angoisse paranoïde du nourrisson amènent celui-ci à entretenir le fantasme de faire infraction violemment dans le corps de sa mère pour dévorer ses contenus internes ou encore y déposer des matières dangereuses, soit de l’urine ou des matières fécales « explosives ou empoisonnées » (1972, p.147) lorsque les pulsions urétrales et anales s’ajoutent aux pulsions orales dominantes, et ce dans les premiers mois de vie. Elle explique également comment ce fantasme, à la base du mécanisme d’identification projective, fait craindre chez le nourrisson « une irruption violente de l’extérieur vers l’intérieur en rétribution de la violence de la projection » (1946, p.285), autre fantasme à la base de ce qu’elle a nommé identification introjective. Dans ses écrits, Klein mentionne à quel point les attaques fantasmatisques du nourrisson envers sa mère sont d’une « extrême violence » (1972, p.158).

Toutefois, nous pourrions ajouter que pour contrecarrer l’effet de ses attaques et permettre malgré tout une diminution du clivage et conséquemment des progrès vers

l'intégration du moi et vers la position dépressive, un nourrisson devra entre autres avoir une mère faisant preuve d'une "capacité de rêverie" adéquate, pour reprendre le terme de Bion (1964). Ainsi, pour que s'établisse solidement un bon objet interne, la mère devra aider l'enfant à tolérer les frustrations en recevant ses projections, notamment agressives, en s'y identifiant et en lui retournant sous une forme acceptable, c'est-à-dire tolérable, maîtrisable. Bion explique que ce faisant, la capacité de rêverie maternelle permettra le développement d'une capacité de penser chez l'enfant, c'est-à-dire de "combler le vide dû à la frustration entre le moment où un besoin est ressenti et le moment où une action propre à satisfaire ce besoin culmine dans sa satisfaction". Sans cette fonction contenante de la mère, sans cette capacité à participer à ce jeu d'identifications projectives précoces sans en être elle-même outre mesure perturbée, Bion mentionne que surviendra chez l'enfant un développement hypertrophié de l'identification projective. Le développement d'un "appareil pour penser les pensées" se trouvera compromis, remplacé par un appareil visant à débarrasser la psyché des mauvais objets internes, ce qui revient à parler de carence en élaboration psychique.

Nous nous demandons, dans de telles circonstances, comment les mères états-limites peuvent être sereines dans cette symbiose mère-enfant puisqu'elles sont elle-mêmes aux prises non seulement avec de fortes fixations orales, mais aussi avec cette carence en élaboration psychique que traduit leur faible tolérance à la frustration et l'utilisation qu'elles font de mécanismes de défense primitifs, dont le clivage et l'identification projective. Comment peuvent-elles faire face au monde interne de leur *infans* qui à bien des égards semble refléter le caractère primitif du leur?

1.6 Différents types d'états-limites : différents ajustements à la séparation-individuation?

A la lecture de Masterson et Rinsley (1975), il nous semble que ces auteurs assument que les conflits propres à cette période symbiotique ou schizo-paranoïde ont été relativement résolus chez les états-limites qui d'après leur propres dires, ont eu une

mère adéquate et satisfaite à ce moment. Ainsi insistent-ils pour dire, tout comme Mahler (1971), que la fixation propre à la pathologie limite est bien ultérieure à cette phase, soit dans la deuxième année de vie de l'enfant. Ils ajoutent de plus que l'excès d'agressivité orale des patients limites est la conséquence du retrait libidinal de leur mère lors de cette période, retrait qui a installé un clivage au sein des relations d'objet intériorisées qui en lui-même intensifie l'agressivité orale. Ainsi, Masterson et Rinsley (1975) disent ne pas endosser la position de Kernberg (1989a) qui postule la présence d'une agressivité orale chez l'état-limite de nature beaucoup plus "primaire" dirions-nous, c'est-à-dire dont le caractère s'établit bien plus précocement. En fait, selon Kernberg (1989a), la fixation des états-limites prend place lorsque l'enfant a environ entre quatre et douze mois et résulte d'une prédominance quantitative d'introjections négatives, introjections pouvant être la conséquence d'intenses dérivés pulsionnels agressifs de nature constitutionnelle ou encore de frustrations sévères plus précoces que l'affirment Masterson et Rinsley ou encore Mahler. D'ailleurs, Masterson et Rinsley (1975) élaborent sur leur désaccord avec Kernberg en amenant comme contre argument les observations de Mahler à l'effet que la prépondérance d'introjections négatives précoces n'est pas le propre des troubles limites, mais bien de la psychose infantile.

Nous avons pour notre part l'impression que toutes ces positions "étiologiques" sont pertinentes et que l'endossement d'une seule ne peut amener qu'une compréhension parcellaire du phénomène état-limite. Ainsi, serait-il possible de concevoir qu'il existe différents types d'états-limites, certains présentant un fonctionnement intrapsychique encore plus archaïque que d'autres, c'est-à-dire une vulnérabilité psychotique plus grande (vulnérabilité à la dissolution des frontières du moi) et une propension plus importante à l'expérience d'angoisses de mort et de persécution par rapport à d'autres pour lesquels l'angoisse dépressive, c'est-à-dire la problématique d'abandon ou de perte d'objet serait plus centrale? Dans ce même ordre d'idées, serait-il possible de penser que la maternité chez les états-limites et les enjeux autour du processus de séparation-individuation mère-enfant pourraient être vécus différemment en raison de

ces éléments particuliers de la dynamique intrapsychique de la mère? Par exemple, serait-il pertinent de se demander si un dépassement moins réussi de la position schizo-paranoïde (supposant une différenciation moindre des frontières du moi) et un ancrage moins solide dans la position dépressive pourrait compromettre la capacité d'une mère à faire face aux moments d'avidité affective de son enfant, notamment lors de la période symbiotique, ou encore à ses demandes régressives ultérieures? Si oui, pourrions-nous émettre l'hypothèse que les moments de rapprochement intense entre la mère état-limite et son enfant pourraient constituer pour elle des menaces à son intégrité psychique?

En fait, la question de la présence ou non d'une vulnérabilité psychotique chez les états-limites n'est pas nouvelle et a fait jusqu'à aujourd'hui l'objet d'un certain débat dans la littérature. Ainsi, plusieurs auteurs ont souligné, et ce depuis de nombreuses années, le danger d'une certaine dissolution des frontières du moi, donc de perte de l'épreuve de réalité chez certains patients états-limites, notamment en situation de stress intense (Grinker, Werble et Drye, 1968; Masterson, 1972; Gunderson et Singer, 1975; Stone, 1981; Bergeret, 1985; Wilson, 1985; Kernberg, 1989a; Acklin, 1993, Lawson, 2002). A cet effet, Taylor (1995) mentionne qu'en 1994, un neuvième critère diagnostique a été ajouté à ceux définissant déjà le trouble de personnalité limite dans le DSM-IV, soit la possibilité que de tels patients aient des « épisodes quasi-psychotiques transitoires », en référence notamment à la présence d'idéation paranoïdes et d'expériences dissociatives sévères. Remarquons ici les termes « quasi-psychotique », « transitoire » et « possibilité ». En fait, les auteurs consultés s'entendent d'abord pour dire qu'en présence de symptômes psychotiques, ceux-ci ont un caractère de moindre gravité et de moindre durée lorsqu'ils surviennent dans le contexte d'une pathologie limite de la personnalité plutôt que dans celui d'une pathologie franchement psychotique. Ainsi, on rapporte la rareté des délires francs et des hallucinations. De plus, la vulnérabilité aux expériences psychotiques n'est pas reconnue comme une caractéristique essentielle du trouble limite, mais bien comme

une « possibilité », en lien avec le degré de différenciation des représentations de soi et de l'objet.

Par exemple, des auteurs ont identifié différents sous-groupes d'états-limites, certains étant désignés comme plus vulnérables que d'autres à l'expérience psychotique. Entre autres, Grinker et al. (1968) ont identifiés quatre types d'états-limites, situant la pathologie limite sur un continuum allant de la psychose à la névrose (continuum allant de ce qu'ils ont appelé les « *psychotic border* » au « *borderline with neurosis* », appelé aussi « *anaclitic* »). Grinker et al. (1968) affirment en fait que la psychose ne peut survenir que chez certains patients limites plus près de ce registre psychotique de fonctionnement. Également, mentionnons Stone (1981) qui identifie les états-limites de type « *instable* » ou « *schizotypique* », des combinaisons de caractéristiques appartenant à chacune de ces catégories pouvant se retrouver chez un même patient limite. Ainsi, Stone (1981) postule une étiologie (génétique selon lui) commune, une certaine « parenté » pourrions-nous dire entre les instables et les désordres affectifs primaires, et entre les schizotypiques et la schizophrénie, ces caractéristiques schizotypiques étant davantage liées aux éléments psychotiques retrouvés chez certains patients limites et leur ayant jadis valu, c'est-à-dire avant que le trouble limite ne soit reconnu comme une entité clinique à part entière, des diagnostics de « schizophrénie pseudo névrotique », de « schizophrénie borderline » ou encore de « préschizophrénie » (Stone, 1981).

Malgré les nombreux articles publiés sur ces questions diagnostiques, seule Lawson (2002) discute de l'influence possible d'une fragilité psychotique sur le vécu maternel de l'état-limite. A son avis, c'est essentiellement l'expérience d'une angoisse de séparation dans le lien mère-enfant ou encore la perte concrète d'un objet significatif qui peut amener cette mère à avoir des réactions psychotiques. Bien que l'observation de Lawson soit pertinente, il pourrait être aussi possible d'envisager, à la lumière de tout ce que nous avons discuté jusqu'à maintenant, que l'émergence d'une angoisse non pas d'abandon, mais d'engouffrement dans le lien mère-enfant puisse amener

également une dissolution des frontières du moi et une réaction psychotique. A cet égard, il est intéressant de mentionner que dans la description que Lawson (2002) fait de différents types de mères états-limites, elle discute justement d'une d'entre elles, surnommée « *the Hermit* » (chapitre quatre), qui à son avis est particulièrement habitée d'angoisses paranoïdes liées aux craintes d'engouffrement. Malgré cette description, Lawson mentionne qu'il s'agit d'une mère possessive et contrôlante qui recherche une intense relation symbiotique avec ses enfants et ressent une rage destructrice face à leur autonomie croissante et leur désir de séparation qui sont vécus comme des trahisons. Jamais, dans cette description de cette « hermite », Lawson (2002) ne mentionne-t-elle la possibilité que les angoisses d'engouffrement émergent justement dans la relation avec ses enfants, ce que nous trouvons pour le moins étonnant, mais qui démontre peut-être aussi à quel point cette dimension est négligée dans la description de la maternité état-limite.

1.7 Lignes directrices de notre étude

Dans cette présente étude exploratoire, nous réfléchissons à l'influence possible de certaines caractéristiques du fonctionnement structural de la personnalité de deux mères états-limites, entre autres de cette vulnérabilité présentée à l'expérience psychotique, sur leur adaptation à la maternité, plus spécifiquement au processus de séparation-individuation traversé par la dyade mère-enfant. Nous évaluerons la nature de leurs représentations d'elles-mêmes en tant que mère ainsi que des représentations qu'elles se font de leurs enfants. Au sujet du processus de séparation-individuation, notre question principale sera de savoir si ces deux mères étudiées révèlent un désir d'entretenir une relation dite « symbiotique » avec leur enfant. Concernant la question de la présence ou non d'une vulnérabilité psychotique, nous nous référerons beaucoup, en nous appuyant sur une démarche diagnostique approfondie, aux critères du diagnostic structural définis par Kernberg (1989b) (notamment à la qualité des frontières du moi), ainsi qu'à la description qu'a fait Klein (1946, 1972) des angoisses

et défenses associées à la position schizo-paranoïde, puisque nous considérons qu'elles peuvent être particulièrement mobilisées chez la mère, non seulement lors de la première relation symbiotique mère-enfant, mais aussi ultérieurement lors de demandes régressives ou de rapprochement intense formulées par l'enfant.

CHAPITRE 2 : ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES DE L'ÉTUDE

Notre étude de cas porte sur deux femmes, Carole et Élise (noms fictifs), pour lesquelles nous avons posé un diagnostic non seulement d'*organisation* limite de la personnalité, mais aussi de *trouble* de personnalité limite. Ici, le terme de *structure* ou *organisation* de la personnalité renvoie à une « *configuration relativement stable de processus mentaux* » (Kernberg, 1989b, p.17). Kernberg (1989b) identifie trois structures de personnalité distinctes, trois types de fonctionnement intrapsychique, soit névrotique, limite et psychotique, le fonctionnement limite se situant entre névrose et psychose. Le *trouble* de personnalité limite quant à lui serait cette « *constellation de traits pathologique du caractère* » (Kernberg, 1989b, p.16), c'est-à-dire les aspects observables du fonctionnement résultants de la vie intrapsychique, tels que décrits par exemple dans le DSM-IV (1994). Nous reviendrons ultérieurement sur la description de la *structure* ou *organisation* limite de la personnalité.

2.1 Déroulement de la recherche

2.1.1 Recrutement des sujets

Carole et Élise ont été recrutées par le biais d'un dépliant distribué à trois endroits du campus de l'Université de Montréal (clinique de santé, service d'orientation professionnelle et de consultation psychologique, clinique universitaire de psychologie). Dans ce dépliant, nous invitons les mères à nous contacter par téléphone afin de participer à une étude portant sur le vécu de la maternité. Nous expliquions également que cette étude visait à réfléchir à la relation entre leur vécu maternel, certains traits de leur personnalité et certains éléments de leur vie actuelle et passée. Les mères intéressées à participer pouvaient avoir plusieurs enfants, mais au moins l'un d'entre eux devait être âgé de dix-huit mois à cinq ans, c'est-à-dire dans cette période de la petite enfance où les enjeux de séparation sont particulièrement à l'avant-plan. Afin de contrôler certaines sources de tensions pouvant être imposées à

la relation mère-enfant en dehors de la psychopathologie maternelle, ces enfants ne devaient pas présenter de handicap ou de difficultés de développement identifiées. De plus, afin d'éviter les problèmes particuliers liés à la grossesse à l'adolescence, les participantes devaient avoir eu leur premier enfant alors qu'elles avaient au moins vingt-deux ans. Notons que nous n'avons pas contrôlé certaines variables pouvant avoir un impact sur l'ajustement à la maternité, bien que nous les ayons considérées dans l'analyse de nos résultats. Il s'agit du statut socio-économique et marital, du niveau d'éducation, du soutien social et de la qualité de la relation conjugale (Loyd et Abidin, 1985; McBride et Belsky, 1988; Teti, Gelfand et Pompa, 1990; Rogosh, Mowbray et Bogat, 1992; Abidin, 1995; Goldstein, Diener et Mangelsdorf, 1996).

2.1.2 Premier contact téléphonique

Lors du premier contact téléphonique, les grandes lignes ainsi que la procédure de l'étude furent expliquées aux femmes désireuses de participer. Voici les conditions auxquelles elles devaient consentir pour participer :

- 1) lors de la première et possiblement de la seconde rencontre de la recherche, elles répondraient surtout à diverses questions concernant leur personnalité. Par la suite, nous discuterions davantage de leur histoire personnelle et de leur expérience maternelle.
- 2) elles devraient participer à une dizaine de rencontres environ et accepter que ces rencontres soient enregistrées sur bande audio pour fins de transcription.
- 3) la première rencontre (et peut-être la seconde) serait effectuée à la Clinique universitaire de psychologie de l'Université de Montréal. Si elles le désiraient, les rencontres subséquentes pourraient se faire à leur domicile.
- 4) la majorité des rencontres seraient effectuées par la chercheuse principale. Toutefois, la première rencontre (et peut-être la seconde) se ferait en présence d'une assistante de recherche. Une ou deux autres rencontres qui consisteraient en l'administration de divers questionnaires seraient effectuées seulement par une

assistante de recherche qui les contacterait au moment opportun. Cette assistante ne serait pas la même que celle présente au tout début de la recherche.

- 5) Au terme de la recherche, la chercheuse principale les rencontrerait, si elles le désiraient, afin d'effectuer un bilan de l'ensemble des entrevues. Le but de ce bilan serait de partager ensemble ce qui de part et d'autre aurait été compris en cours d'étude, par exemple comment nous comprenions que tel aspect de la personnalité ou de l'histoire personnelle pouvait influencer leur expérience maternelle. Par le rôle actif que nous comptons jouer lors de ce bilan, par cette communication de certaines de nos réflexions à leur sujet sur un mode personnalisé, nous désirions rétribuer d'une certaine façon nos participantes qui auraient partagé avec nous de nombreux aspects de leur vie intime. Cette rencontre facultative ne ferait toutefois pas l'objet de l'analyse de nos résultats.
- 6) Finalement, les participantes recevraient dix dollars pour chaque rencontre effectuée, sauf pour la dernière rencontre bilan.

2.1.3 Premières rencontres : première partie du processus diagnostique

Au total, six femmes ont pris contact avec nous pour participer à notre étude. Nous les avons toutes rencontrées et toutes ont participé à l'ensemble des étapes de la recherche, incluant la rencontre bilan (soit de dix à douze rencontres par femme). Pour la rédaction de cette thèse, nous avons finalement décidé de circonscrire notre objet d'étude aux enjeux liés au processus de séparation-individuation traversé uniquement par les mères états-limites. L'analyse des résultats obtenus auprès des autres mères rencontrées (deux semblant de structure névrotique et deux autres, de structure psychotique) pourra faire l'objet d'autres écrits, par exemple d'articles que nous pourrions soumettre pour publication.

Lors de la première rencontre effectuée à la Clinique universitaire de psychologie de l'Université de Montréal, les participantes ont dans un premier temps pris connaissance du **Formulaire de consentement** à la recherche (voir annexe A) et l'ont complété. Ensuite, un premier questionnaire à visée diagnostique fut complété,

soit le **Symptom Checklist-90: revised (SCL-90-R)**¹ (Derogatis, 1994, voir annexe B). En troisième lieu, nous avons complété avec les participantes le **Questionnaire de renseignements généraux** (voir annexe C). Finalement, avec l'aide d'une assistante de recherche (une psychologue membre de l'Ordre des psychologues du Québec et poursuivant des études doctorales en psychologie), nous avons réalisé l'**Entrevue diagnostique révisée pour troubles limites de la personnalité (Diagnostic Interview for Borderlines – Revised ou DIB-R)** (Gunderson et Zanarini, 1989, voir annexe B). La cotation du DIB-R, dont l'administration s'est poursuivie dans certains cas lors d'une seconde rencontre, fut l'objet d'un accord inter-juges entre la chercheuse principale et la première assistante de recherche.

Notons qu'au terme de cette première étape diagnostique, deux des mères rencontrées semblaient présenter une *organisation* limite ainsi qu'un *trouble* limite de la personnalité. Ces diagnostics furent d'ailleurs confirmés après notre expérimentation, c'est-à-dire après notre cueillette de données portant sur l'expérience maternelle de nos sujets d'étude, à l'aide d'autres outils d'évaluation dont nous reparlerons sous peu.

2.1.4 Rencontres subséquentes : histoire personnelle et expérience maternelle

En deuxième étape d'expérimentation, la chercheuse principale a effectué cinq à six **entrevues semi-structurées** d'une durée d'une heure à une heure trente avec chaque participante (voir annexe D pour les détails concernant les sujets abordés lors de ces entrevues). Entre la réalisation de certaines de ces entrevues, dans une séquence variable pour chaque participante (cette séquence dépendant des disponibilités des participantes), s'est ajouté l'administration de deux questionnaires ayant pour objectif de saisir certains aspects du vécu maternel, soit l'**Inventaire de Stress Parental (ISP)** (Abidin, 1995, voir annexe E) et l'**Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle (EASM)** (Hock, McBride, Gnezda, 1989, voir annexe E).

¹ Chaque instrument utilisé sera décrit sous la rubrique "instruments de mesure"

Ces questionnaires furent administrés lors de deux rencontres, par une seconde assistante de recherche, soit une étudiante de dernière année de baccalauréat ou de maîtrise en psychologie.

Concernant nos entretiens semi-structurés, ceux-ci se sont effectués en deux temps. Tout d'abord, deux à trois de ces entretiens ont porté sur différents thèmes (voir annexe D pour détails), soit : l'histoire personnelle et familiale des participantes, leur expérience passée de la maternité (par exemple, histoire de la conception de chacun de leurs enfants, histoire de chacune de leurs grossesses, accouchements, etc.) et les éléments actuels de leur vie pouvant influencer leur expérience maternelle (par exemple : vie conjugale, sociale et professionnelle).

Dans un second temps, trois entrevues portant spécifiquement sur le vécu actuel de la maternité ont été effectuées (voir annexe D pour détails). Nous pourrions dire que ces entrevues étaient moins structurées que les précédentes dans la mesure où elles consistaient moins en une cueillette de données, mais plutôt en des occasions de discuter du vécu maternel "à chaud" et d'utiliser les thèmes abordés spontanément par les mères pour tenter de cerner les enjeux liés à la relation mère-enfant, et plus précisément les éléments rattachés à la séparation-individuation. Ainsi, les mères se présentaient à ces entrevues en abordant les sujets de leur choix en lien avec ce qui par exemple s'était passé lors de la dernière semaine avec leur(s) enfant(s). Notons que nous avons toujours pris soin de discuter de la relation entretenue par nos participantes avec tous leurs enfants, quand elles en avaient plusieurs, et ce tant dans le cadre des entrevues portant spécifiquement sur le vécu actuel de la maternité que dans le cadre de celles portant sur l'histoire de chacune de ces relations.

Finalement, concernant la passation de l'ISP et de l'EASM, chaque questionnaire fut administré autant de fois qu'une participante avait d'enfant. Nous avons pris la décision d'administrer ces questionnaires papier-crayon verbalement, afin de pouvoir recueillir les réflexions des mères si elles en faisaient, réflexions que nous jugeons fort pertinentes cliniquement. Aussi, l'assistante de recherche ne connaissait pas nos hypothèses diagnostiques, et ce afin d'influencer le moins possible les réponses par

ses propres commentaires. Notons toutefois que cette assistante avait reçu la directive de ne pas confronter, interpréter ou relancer les propos de nos participantes, sinon pour demander certaines clarifications lorsque cela était jugé vraiment nécessaire par une formule neutre du genre : “que voulez-vous dire, je ne comprends pas bien”.

2.1.5 Dernière rencontre : complément au processus diagnostique

En cours d'expérimentation, il nous est apparu intéressant d'obtenir une compréhension encore plus approfondie du fonctionnement structural, c'est-à-dire intrapsychique de nos participantes, et ce afin de pouvoir réfléchir de la façon la plus nuancée possible aux relations possibles entre ce fonctionnement et l'expérience maternelle. Nous avons donc proposé aux participantes l'administration d'un autre test visant à mieux cerner leur type de personnalité, soit l'épreuve projective du **Rorschach** (publiée par Rorschach en 1921, voir annexe B pour une présentation du matériel constituant le test). Toutes se sont présentées à cette rencontre, effectuée par la chercheuse principale, après que l'ensemble des entrevues portant sur l'expérience maternelle aient été effectués. De plus, deux de ces entrevues (la première portant sur l'histoire personnelle des participantes et la première portant sur leur expérience maternelle actuelle) ont fait l'objet d'une cotation à l'aide d'outils développés par l'équipe de monsieur Marc-André Bouchard du département de psychologie de l'Université de Montréal (1998), soit la **Montreal Transference-Countertransference Measure (MTCM)** et la grille de cotation et d'analyse des **États Mentaux du Patient**. La MTCM permet d'appréhender, entre autres, le type de relations d'objet activées dans le transfert (niveau psychotique, limite, névrotique et « mature »), transfert que nous croyions présent dans le cadre de nos entretiens, même s'il ne s'agissait pas d'entretiens psychothérapeutiques (voir annexe B pour une description des cotes de niveau limite et narcissique, afin de donner une idée plus précise des éléments du fonctionnement intrapsychique ayant été mis en lumière chez nos sujets). Finalement, l'analyse des états mentaux permet d'entrevoir d'autres aspects du fonctionnement psychique des sujets à l'étude, aspects qui à notre avis pouvaient constituer des indices diagnostics complémentaires à ceux déjà relevés.

2.2 Instruments de mesure

2.2.1 Instruments d'évaluation psychologique

2.2.1.1 *Le Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R)*

Le SCL-90-R (Derogatis, 1994), version française de Fortin et Coutu-Wakulczyk (1985), est un questionnaire d'auto-évaluation de la santé mentale (voir annexe B). Ce questionnaire, très utilisé entre autres aux États-Unis en clinique et en recherche, a pour but de mettre en lumière divers symptômes (physiques ou psychiatriques) reflétant l'état psychologique actuel des sujets ou patients. Recensant des symptômes ressentis au cours des sept (7) derniers jours, le SCL-90-R ne prétend donc pas être un inventaire de la personnalité. Cependant, administré conjointement à d'autres mesures, il nous a semblé fort intéressant d'en considérer les résultats afin d'en arriver à formuler des hypothèses diagnostiques quant au type de personnalité affichée par nos mères à l'étude.

Le SCL-90-R comporte 90 questions appréhendant des symptômes appartenant aux neuf (9) dimensions suivantes :

- 1) **somatisation** (détresse résultant de la perception de problèmes physiques divers);
- 2) **obsession-compulsion** (présence de pensées ou d'actions de nature obsessionnelle et/ou compulsive);
- 3) **sensibilité interpersonnelle** (sentiment d'inadéquation et d'infériorité en comparaison avec autrui);
- 4) **dépression** (présence de divers symptômes affectifs, somatiques et cognitifs reliés classiquement à la dépression);
- 5) **anxiété** (présence de signes généraux d'anxiété allant de la nervosité à l'attaque de panique);
- 6) **hostilité** (présence de pensées, d'affects ou de comportements en lien avec l'expérience de colère et de rage);
- 7) **anxiété phobique** (présence d'une peur liée à une situation spécifique et amenant des comportements d'évitement);

- 8) **idéation paranoïde** (présence d'un désordre de la pensée allant de la suspicion à la pensée délirante);
- 9) **psychotisme** (continuum d'expériences allant du repli schizoïde aux symptômes psychotiques francs comme les hallucinations).

Notons que sept items n'étant pas liés à ces neuf dimensions sont inclus dans le SCL-90-R en raison de leur importance clinique (items surtout liés à l'appétit et au sommeil).

Chaque item du SCL-90-R est coté sur une échelle de cinq niveau d'intensité de détresse (0 à 4) allant de *pas du tout* à *excessivement*. En plus des résultats aux neuf échelles cliniques, trois indices globaux sont obtenus au SCL-90-R, soit :

- 1) **l'indice global de sévérité (Global Severity Index)** : représente la somme des cotes d'intensité à tous les items divisée par 90 et peut donc être utilisé comme score général de détresse.
- 2) **le total des symptômes positifs (Positive Symptom Total)** : représente le nombre d'items dont la cote d'intensité de la détresse est différente de zéro. Il s'agit d'une mesure de l'étendue des symptômes.
- 3) **l'indice de détresse des symptômes positifs (Positive Symptom Distress Index)** : mesure de l'intensité moyenne de la détresse rapportée. Il est obtenu en additionnant les cotes supérieures à zéro et en divisant leur total par le total des symptômes positifs.

Les études de *fidélité* du SCL-90-R démontrent des coefficients de *consistance interne* très satisfaisants pour les trois indices globaux et les neuf échelles cliniques de ce questionnaire, tant pour la version originale que pour la version française (0.77 à 0.92) (Gosselin et Bergeron, 1993). Une bonne stabilité des résultats à ces trois indices globaux et neuf échelles cliniques pour les deux versions du SCL-90-R s'observe aussi par des *corrélations test-retest* (intervalle d'une semaine) allant de 0.71 à 0.83 (Gosselin et Bergeron, 1993).

Concernant les études de *validité* du SCL-90-R, la recension faite par Gosselin et Bergeron (1993) révèle une *validité de convergence* acceptable pour les neuf dimensions cliniques du questionnaire (synonyme : validité concurrente), c'est-à-dire que les résultats obtenus à ces échelles présentent une corrélation positive significative avec des résultats obtenus à d'autres instruments prétendant mesurer les mêmes problématiques. Toutefois, la *validité de différenciation* du SCL-90-R semble poser problème puisque toutes les dimensions de ce test semblent présenter des corrélations assez fortes avec d'autres échelles de dépression et d'anxiété utilisées comme critères (Gosselin et Bergeron, 1993). De plus, la recension effectuée par Gosselin et Bergeron (1993) au sujet des analyses factorielles du SCL-90-R révèle que des corrélations élevées existent entre les dimensions de ce questionnaire. Ainsi, ces auteurs se demandent si le SCL-90-R ne représente pas davantage une mesure de détresse globale ou générale plutôt que des dimensions spécifiques de la psychopathologie tel que conceptualisé à l'origine par Derogatis. Nous tiendrons donc compte de cet élément dans l'analyse ultérieure de nos résultats.

Pour effectuer l'analyse de nos résultats, nous avons comparé nos sujets à l'échantillon normatif américain de femmes non patientes (*female nonpatients*) (Derogatis, 1994). Ces normes sont présentées en scores T, un score T de 65 et plus étant considéré comme significativement élevé, de nature clinique. Nous avons utilisé ces normes américaines plutôt que les normes québécoises puisqu'elles permettent aussi la comparaison de nos sujets avec une population psychiatrique (traitée en unité interne ou en clinique externe) qui a fait l'objet de cette normalisation aux États-Unis et non au Québec. De cette façon, nous obtenons davantage d'informations quant à la possibilité que nos mères à l'étude présentent ou non un désordre psychiatrique.

2.2.1.2 *L'Entrevue diagnostique révisée pour troubles limites de la personnalité (DIB-R)*

Cette entrevue semi-structurée (Gunderson et Zanarini, 1989), version française de Guttman et Laporte, est largement utilisée en clinique et en recherche afin d'identifier

la présence d'un trouble de personnalité limite, tel que défini dans le DSM-IV (1994). Cette entrevue explore quatre thèmes, soit la présence 1) d'affects intenses, 2) de cognitions quasi ou franchement psychotiques, 3) de comportements impulsifs et 4) de relations interpersonnelles perturbées (voir détails à l'annexe B).

Le DIB-R comprend 108 questions auxquelles le cliniciens accorde tout d'abord un score de 2 (trait caractéristique du sujet ou symptôme souvent présent), de 1 (présence occasionnelle) ou de 0 (absence du trait ou symptôme). Les informations obtenues grâce aux 108 questions sont ensuite utilisées pour coter 22 énoncés synthèse (qui reçoivent eux aussi un score de 2, 1 ou 0) mettant en lumière des traits ou symptômes particulièrement caractéristiques des patients limites (Gunderson et Kolb, 1978). Les résultats à ces énoncés synthèse sont ensuite additionnés afin d'obtenir un score brut pour chacune des quatre sections, scores par la suite convertis en scores pondérés pour donner un résultat total sur 10.

Un score de 8 et plus au DIB-R est généralement retenu pour parler de trouble limite alors qu'un score de 4 et moins permet d'écarter plus de 95% des cas limites (Zanarini, Gunderson, Frankenburg et Chauncey, 1989). Au score de 8 et plus, le DIB-R possède une sensibilité (pourcentage de cas diagnostiqués limites en clinique et identifiés comme tels par l'instrument) de 0.88 et une spécificité (pourcentage de cas diagnostiqués en clinique comme non limites et identifiés comme tels par l'instrument) de 0.80 (Zanarini et al., 1989), donc une excellente *validité discriminante*. Toujours à un score de 8, 81% des troubles de personnalité narcissique, histrionique et antisocial sont identifiés comme non états-limites par le DIB-R (Zanarini et al., 1989). Concernant la *fidélité* du DIB-R, Zanarini et al. annonçaient en 1989 la publication prochaine d'un article devant en traiter. Malheureusement, malgré nos recherches, nous n'avons pu retracer cet article et ne savons donc pas s'il a été publié. Nous supposons que cette fidélité est acceptable, le coefficient de fidélité test-retest du DIB version originale ayant été évalué à 0.70 (Cornell, Silk, Ludolph et Lohr, 1983).

Concernant la *validité discriminante* du DIB-R, bien que cet instrument permette de différencier de façon satisfaisante le trouble limite des autres troubles de personnalité du “cluster B” du DSM-IV, nous croyons toutefois qu’il permet de mettre en lumière de nombreux éléments communs au fonctionnement intrapsychique de tous ces patients, c’est-à-dire ceux qui selon Kernberg (1989a et b) présentent tous une *structure* ou *organisation* limite de la personnalité, malgré la dominance de différents traits amenant des profils différents de *troubles de personnalité*. Ainsi, les réponses et l’attitude générale des patients lors de l’administration du DIB-R fournissent selon nous non seulement de nombreuses indications quant à leurs symptômes, mais aussi quant à leur structure de personnalité. D’ailleurs, bien que le score obtenu par nos participantes ait été utilisé pour poser ou non un diagnostic de *trouble de personnalité limite*, nous avons également utilisé les renseignements obtenus au DIB-R pour émettre une hypothèse quant à un *diagnostic structural*.

Une hypothèse de structure ou organisation limite a donc été émise suite à la passation du DIB-R lorsque les participantes semblaient présenter plusieurs des caractéristiques suivantes, telles que définies par Kernberg (1989a et b) :

- 1) des *manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi* (manque de tolérance à l’angoisse et aux frustrations, manque de contrôle pulsionnel, insuffisance du développement des voies de sublimation);
- 2) la présence de *mécanismes de défense primitifs centrés autour du clivage* tels que l’idéalisations, le déni et l’identification projective;
- 3) la présence, conséquente au clivage des représentations de soi et d’objet, d’un manque d’intégration du concept de soi, c’est-à-dire d’un *syndrome de diffusion de l’identité*;
- 4) une *pathologie des relations d’objet internalisées*, relations demeurant composées de ces relations de soi et d’objet clivées ainsi que d’affects primitifs reliant ces dernières (notamment la rage en lien avec l’agressivité prégénitale). Ce défaut d’intégration entre les tendances agressives et libidinales entrave non seulement la *modulation des affects*, mais aussi *l’intégration du surmoi* et par conséquent le *développement de la capacité à éprouver de la culpabilité, de l’empathie et de la sollicitude* à l’égard d’autrui;

- 5) une différenciation suffisante des représentations de soi et d'objet permettant généralement le maintien de l'épreuve de réalité;
- 6) le retour possible aux processus primaires de pensée ainsi qu'à un état de perméabilité des frontières du moi en situation de stress intense
- 7) une *condensation des conflits prégénitaux et génitaux* sous l'influence de l'agressivité prégénitale.

Notons que la description que font Masterson (1976, 1981), Rinsley (1980) et Masterson et Rinsley (1975) des problématiques limites correspond à celle effectuée par Kernberg.

2.2.1.3 *L'épreuve projective du Rorschach*

Le Rorschach consiste en une série de dix cartes. Sur chacune de ces cartes apparaît une tache d'encre, certaines étant de couleur achromatique, d'autres de couleurs chromatiques. (voir annexe B pour l'illustration des taches). Les cartes numérotées de I à X sont présentées une à une au sujet, toujours dans la même séquence. Dans un premier temps (la période de performance), la consigne consiste pour le sujet à dire à l'examineur ce que la tache « *pourrait être* ». Dans un second temps (la période d'enquête), différentes questions seront adressées au sujet afin d'appréhender son mode de perception des taches.

Ainsi, une première façon d'interpréter les réponses obtenues au Rorschach découle de l'observation, de la cotation et de la compilation de données en lien avec les caractéristiques dites « objectives » de ces réponses. En fait, ce type d'analyse quantitative s'intéresse au style perceptuel des réponses, style considéré comme un indicateur de différents traits de personnalité du sujet étudié. Ici, les variables à repérer afin de dégager le style perceptuel du sujet pourront être, par exemple : la localisation de la réponse dans l'ensemble de la tache (le sujet emploie-t-il toute la tache ou une partie de celle-ci?), l'utilisation de couleur chromatique ou achromatique dans la formulation de la réponse, l'utilisation du clair-obscur, etc. Les

corrélats de ces données objectives au niveau de la personnalité seront, par exemple : attachement aux détails et style de pensée obsessionnel pour les sujets utilisant davantage les détails que la globalité de la tâche, type de personnalité extravertie pour les sujets intégrant beaucoup la couleur à leurs perceptions, etc.

Une seconde façon d'interpréter les réponses obtenues au Rorschach consiste plutôt à s'intéresser aux caractéristiques plus « subjectives » de celles-ci en faisant une analyse des thèmes caractérisant ces réponses. Il s'agit donc ici de faire une analyse qualitative, voire symbolique du contenu des réponses du sujet, censé révéler son monde fantasmatique.

Dans le cadre de la présente étude, nous avons utilisé les deux niveaux d'analyse présentés afin d'interpréter les protocoles de Rorschach des mères rencontrées. Au niveau de l'analyse quantitative des réponses, nous avons coté et interprété ces dernières selon la méthode du *Comprehensive System* développée par Exner (1974, 1986, 1993), méthode faisant régulièrement l'objet de nouvelles révisions et publications. Concernant l'analyse qualitative de contenu, nous nous sommes inspirée des travaux de Schafer (1954), Chabert (1983, 1987) et Tarrab et Pellser (1991).

Au plan quantitatif, le *Comprehensive System* fut développé à partir de cinq systèmes majeurs de cotation et d'interprétation déjà existants, soit ceux de Klopfer (1936), Beck (1936), Hertz (1938), Piotrowski (1940) et Rapaport et Schafer (1946) (voir Exner, 1993). Selon le système d'Exner, chaque réponse au Rorschach reçoit une cote comprenant les éléments suivants (les principes de cotation, les sigles associés aux différentes cotes ainsi que la méthode de compilation des données sont décrits dans le *Rorschach Workbook*, 1990) :

- une localisation (partie de la tâche utilisée dans la formation du percept);
- une qualité développementale (cote liée à la qualité du processus organisateur dans la formation du percept);
- des déterminants (forme, couleur, mouvement, estompage de perspective, texture ou diffusion, forme dimensionnelle et/ou reflet);

- une qualité de la forme (cote liée à l'adéquation entre la forme réelle du concept et les contours de la tache utilisés dans la formation du percept);
- la présence ou non d'une paire au sein de la réponse;
- le contenu de la réponse (par exemple : humain, animal, anatomie, paysage, etc.);
- la présence ou non d'une réponse populaire ou banale;
- la présence ou non d'une cote Z (autre cote liée à la qualité du processus organisateur lorsqu'il y a utilisation de l'ensemble de la tache ou mise en relation de certaines parties de la tache dans la formation de la réponse);
- la présence ou non de score spéciaux (scores liés à la présence de relâchements cognitifs, de persévération, d'aspects particuliers du contenu de la réponse, d'utilisation inhabituelle de la couleur et/ou de réponses justifiées non par les caractéristiques de la tache, mais par l'expérience personnelle du sujet).

Une fois les réponses du Rorschach cotées, l'examineur remplit le « résumé structural » (voir annexes F-1 et F-2 pour le résumé des sujets à l'étude). Dans la partie supérieure de ce résumé est entre autres inscrite la fréquence des diverses cotes, fréquence qui est par la suite utilisée pour calculer différents ratios et pourcentages inscrits quant à eux dans la partie inférieure du « résumé structural ». Ces différents ratios et pourcentages sont en fait regroupés sous sept dimensions représentant différents aspects de la personnalité du sujet soit :

- 1) **capacité de contrôle et tolérance au stress** (ressources personnelles disponibles, stressors situationnels, etc.);
- 2) **dimension des affects** (modulation de l'expression affective, réactivité à la stimulation émotionnelle, défense maniaque, etc.);
- 3) **dimension interpersonnelle** (perception positive ou négative des relations, sentiment d'isolement social, dépendance affective, etc.);
- 4) **triade cognitive : l'idéation** (qualité du jugement, rigidité ou flexibilité cognitive, etc.);
- 5) **triade cognitive : la médiation** (fréquence des inexactitudes ou distorsions perceptuelles, capacité à adopter des comportements en accord avec les exigences de la réalité, etc.);

- 6) **triade cognitive : le traitement de l'information** (motivation à traiter l'information, qualité de l'organisation perceptuelle, etc.);
- 7) **perception de soi** (qualité de l'image de soi, traits narcissiques, présence d'introspection, etc.).

Après avoir complété la feuille du « résumé structural », l'examineur complète celle des « constellations psychopathologiques » ou *constellations worksheet* (voir annexes F-1 et F-2). Cette feuille présente six regroupements de ratios et pourcentages tirés du « résumé structural », chacun permettant d'identifier certains traits psychopathologiques, voir même d'émettre des hypothèses quant à de possibles diagnostics. Ces six regroupements sont les suivants :

- 1) **Constellation suicidaire** (présence d'une faible estime de soi, de stressseurs supérieurs aux ressources disponibles, de distorsions perceptuelles, de manque de motivation à traiter l'information, etc.);
- 2) **Indice de dépression** (présence d'une faible estime de soi, de négativisme, d'un sentiment d'isolement social, etc.);
- 3) **Indice d'hypervigilance** (présence de sentiments hostiles, d'une grande vigilance dans le traitement de l'information, d'un intérêt marqué pour autrui, etc.);
- 4) **Indice de schizophrénie** (présence d'inexactitudes perceptuelles et de troubles de la pensée);
- 5) **Indice de déficit des habiletés de coping** (présence d'une faible tolérance au stress, d'un style comportemental passif, d'un sentiment d'isolation social, etc.);
- 6) **Indice d'un style obsessif** (intérêt pour les détails, vigilance dans le traitement de l'information, conformisme social, etc.).

Concernant l'interprétation du Rorschach selon le système d'Exner, celle-ci se fait toujours en comparant le sujet à un groupe normatif. L'échantillon de données normatives provient d'un groupe de 700 adultes américains, non patients (des normes pour les femmes et les hommes ont été établies), affichant diverses caractéristiques sociales, raciales, économiques et géographiques. Des normes ont également été

établies pour les patients schizophrènes (n = 320), dépressifs (n = 315) ainsi que pour ceux présentant un « trouble du caractère » (n = 180). A titre informatif, à l'annexe F-1 se trouve la table de normes pour les femmes non patientes ainsi qu'un tableau des fréquences de plusieurs variables et ratios retrouvés parmi cette population.

Au sujet des études effectuées par Exner pour valider de nombreuses variables de son *Comprehensive System*, elles sont si nombreuses qu'il serait impossible de les énumérer dans le cadre de ce chapitre. La majorité d'entre elles sont répertoriées dans les premiers volumes (1^{ère}, 2^e et 3^e éditions) de la série décrivant son système de cotation et d'interprétation du Rorschach (1974, 1986, 1993). Nous rapporterons toutefois ici les résultats d'études ayant porté sur la *validité concurrente* (ou *discriminante*) des six constellations psychopathologiques identifiées par Exner.

L'**indice de schizophrénie** démontre une bonne *validité discriminante*, dans la mesure où dans 80% des cas, il identifie correctement les patients comme étant schizophrènes ou non schizophrènes, ce dernier diagnostic ayant été fait en accord avec les critères du DSM-III-R (Exner, 1995). Dans la population de non patients, autant chez les enfants, les adolescents que les adultes, le pourcentage de sujets qui présentent un indice de schizophrénie positif est de zéro (Exner, 1995). Exner (1995) rapporte que 90% des faux positifs surviennent avec un indice de schizophrénie de quatre (seuil minimum pour avoir une cote positive). Un tel score indiquerait que le sujet présente des difficultés retrouvées fréquemment chez les schizophrènes (perturbations de la pensée, altérations perceptuelles et mésadaptation sociale), mais plus rarement chez d'autres sujets. Avec un score de cinq ou six, la possibilité d'un diagnostic de schizophrénie devrait être considérée (Exner, 1995).

La **constellation suicidaire**, bien qu'elle ne soit pas non plus un indice infallible, présente elle aussi une *validité discriminante* très intéressante. Ainsi, à un score de huit, elle a permis à Exner et son équipe (1993) d'identifier correctement 83% de 101 sujets ayant attenté à leur vie dans les soixante jours suivant l'administration du Rorschach. De plus, ce score de huit a permis d'identifier plus de 90% des sujets ayant utilisé un moyen radical pour mettre fin à leurs jours, c'est-à-dire un moyen

causant la mort de façon presque certaine et ne laissant aucun délai pour qu'un secours soit apporté au sujet qui l'emploie (ex. défenestration). Notons un faible pourcentage de faux positifs chez les groupes contrôles, soit 12% chez les gens présentant un « désordre dépressif » (dysthymie, dépression unipolaire ou bipolaire selon le DSM-III-R), 6% chez les schizophrènes et 0% chez les non patients.

D'autres études effectuées par Exner et portant sur l'**indice de dépression** démontrent pour leur part qu'environ 80% des patients présentant un « désordre dépressif » sont repérés par cet indice à un score de 5 ou plus. Comme pour l'indice de schizophrénie, peu de faux positifs parmi la population non patiente résultent de l'utilisation de l'indice de dépression (3% chez les adultes) (Exner, 1993).

L'**indice de déficit des habiletés de coping** fut quant à lui élaboré à partir d'éléments retrouvés dans les premières versions de l'indice de dépression et met aujourd'hui l'accent sur les difficultés d'interactions sociales rencontrées dans différents groupes de patients. Ainsi, par exemple, cet indice qui n'est positif que chez 3% des adultes non patients l'est chez 20 à 25 % des schizophrènes, chez 88% des « personnalités inadéquates », chez 74% des patients ayant un problème de toxicomanie ou d'alcoolisme et chez 34% de ceux présentant un « désordre dépressif » (Exner, 1993).

En ce qui concerne l'**indice de style obsessionnel**, il permettrait d'identifier autour de 70% des patients présentant un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble de personnalité obsessionnelle, tels que définis dans le DSM-III-R (Exner, 1993). Bien que la cotation de cet indice psychopathologique donnerait lieu à 30% de faux négatifs, elle n'amènerait que très peu de faux positifs. Ainsi, seulement 2% des protocoles d'adultes non patients seraient positifs alors que ce ne serait le cas d'aucun protocole des sujets contrôles (schizophrènes, dépressifs ou « désordres du caractère ») (Exner, 1993).

Finalement, l'**indice d'un style hypervigilant** permettrait d'identifier des personnes en état d'alerte et de vigilance, état découlant d'une attitude pessimiste et de méfiance

face à l'environnement. Les gens ayant un indice positif se sentiraient très vulnérables dans leurs rapports interpersonnels, anticiperaient d'être des victimes et seraient donc sur leur garde, hésitant ou évitant de nouer des liens de proximité. L'exacerbation des traits méfiants pourrait aller jusqu'à amener des manifestations franchement paranoïdes. La constellation psychopathologique actuelle s'avère positive chez 88% des schizophrènes paranoïdes (diagnostic selon le DSM-III-R) et chez 90% des individus affichant un trouble de personnalité paranoïde étudiés par Exner (1993). Toutefois, cette constellation est également positive chez certains sujets appartenant à d'autres groupes, dans une bien moindre proportion cependant. Ainsi, nous retrouvons un style hypervigilant chez 10% de patients dépressifs traités à l'interne et chez 7% des « désordres du caractère » (Exner, 1993). Pour Exner, ces patients étudiés à l'aide d'autres méthodes d'évaluation ne seraient pas des faux positifs, le style hypervigilant n'indiquant pas nécessairement des traits clairement paranoïdes. Finalement, cet indice ne serait positif que chez 3% des adultes non patients (Exner, 1993).

Au niveau de l'analyse qualitative du Rorschach, nous avons réfléchi à la signification possible de chaque réponse donnée par nos sujets en nous inspirant des travaux de différents auteurs.

Mentionnons d'abord Schafer (1954), qui propose une analyse thématique en lien, entre autres, avec la théorie freudienne du développement psychosexuel. Ainsi, selon Schafer, certaines images évoquées au Rorschach pourraient, comme les images du rêve ou certaines images surgissant lors d'associations libres en situation analytique, indiquer des problématiques particulières associées aux stades du développement psychosexuel (problématique orale, anale, phallique, oedipienne, etc.). Dans son ouvrage, Schafer présente donc, sous la forme d'une grille, différentes problématiques possibles (par exemple, oralité agressive, conflits surmoïques, identifications féminine et masculine, etc.) en donnant de multiples exemples de réponses pouvant y être associées. Cette grille, dont l'utilisation ne résulte pas en l'obtention à proprement parler de cotes ou de scores, sert en fait de guide à la

compréhension du type de réponses, indicatrices de problématiques intrapsychiques, données au Rorschach par le sujet évalué. Ainsi, à des fins de diagnostic structural, son utilisation nous a semblé très pertinente.

Notons que Schafer (1954), tout comme Chabert (1983) et Tarrab et Pelsser (1991), a également étudié de façon détaillée les manifestations des mécanismes de défense au Rorschach. Parce que l'analyse des mécanismes de défense à l'œuvre au Rorschach peut permettre d'apporter un éclairage diagnostique, notamment parce qu'elle fournit des indices quant au type d'angoisse que le sujet tente de contrôler (névrotique, limite ou psychotique), nous avons jugé pertinent de consulter les écrits des auteurs cités précédemment afin de guider notre interprétation de certaines réponses de nos sujets au Rorschach. En fait, ces auteurs donnent de nombreux exemples d'indices comportementaux (verbaux et non verbaux), de réponses à proprement parler et de succession de réponses (analyse séquentielle) associés à la présence des différents mécanismes de défense au Rorschach.

Finalement, nous avons également effectué une analyse de contenu en lien avec la symbolique des planches du Rorschach, telle que proposée par Tarrab et Pelsser (1991). Dans leur ouvrage, ces derniers auteurs décrivent ce que chaque planche peut éveiller chez le sujet en raison de sa configuration propre (aspects formels comme les contours de la tache ou sa couleur) et de sa place dans la série des dix planches.

2.2.1.4 *La Montreal Transference-Countertransference Measure (MTCM)*

La MTCM (Bouchard, 1998; Bouchard, Audet, St-Amand, Picard et Wiethaeuper, 1997) (voir annexe B pour une description plus détaillée des cotes de niveau limite et narcissique) est un système de cotation descriptif et opérationnel, d'orientation psychanalytique, visant entre autres à identifier, en ce qui concerne le patient (puisque certaines mesures concernent le thérapeute), le type de relations d'objet intériorisées activées dans le transfert. La construction de la MTCM fut entre autres largement inspirée par la théorie des relations d'objet telle qu'exposée dans les nombreux écrits d'Édith Jacobson, de Margaret Mahler et d'Otto Kernberg.

La MTCM n'est cependant pas un instrument conçu à des fins diagnostiques. Il s'agit plutôt d'une mesure des contributions respectives du patient et du thérapeute au processus psychothérapeutique, contributions révélées par l'analyse des mouvements et changements continuels dans le transfert et le contre-transfert.

Après discussion avec l'auteur de la MTCM, nous avons toutefois considéré que l'application de certaines sections ou catégories de cotation de la MTCM à quelques unes de nos entrevues pouvait nous fournir des indications diagnostiques, au plan structural notamment, la MTCM permettant d'identifier des types de relations d'objet psychotiques, limites et névrotiques activées dans le transfert. De plus, nous croyions possible qu'un certain mouvement transférentiel puisse être amorcé chez nos sujets relativement tôt dans le cadre de notre expérimentation, étant donné le caractère semi-structuré de plusieurs entrevues activant particulièrement les relations d'objet intériorisées, c'est-à-dire les fantaisies composées de représentations d'objet (notamment d'objets du passé), associées à des représentations de soi et à des dérivés pulsionnels particuliers (affects et désirs).

Ainsi, nous avons d'abord choisi d'appliquer la MTCM (en partie) à notre première entrevue semi-structurée portant sur l'histoire personnelle de nos sujets, donc sur leurs premières relations d'objet, soit la relation aux objets parentaux. L'évocation de cette relation aux objets parentaux demeure selon nous une source privilégiée d'informations concernant le fonctionnement intrapsychique de nos sujets. Ensuite, la MTCM fut utilisée (encore en partie) pour coter notre première entrevue portant sur l'expérience maternelle actuelle, entrevue moins structurée que la précédente et lors de laquelle la mère discute de la relation avec ses enfants, sur laquelle, nous le savons, peut être projetée de nombreux conflits liés à la relation avec les premiers objets.

De la MTCM, nous avons retenu les cotations ayant trait à la maturité des relations d'objet activées dans le transfert. Cette maturité se situe sur un continuum allant du

niveau psychotique (niveau un et deux), au limite (niveau trois), au narcissique (niveau quasi quatre), au névrotique (niveau quatre) et finalement, au niveau dit « intégré » (niveau cinq). Plusieurs catégories de cotes définissent chacun de ces niveaux de fonctionnement et s'appliquent aux *unités significatives* identifiées par les codeurs lors des premières lectures de la transcription des entretiens. Une unité significative est identifiée à chaque fois qu'est repérée l'activation d'une relation d'objet intériorisée, constituée nous l'avons dit d'une représentation d'objet, d'une représentation de soi et d'un dérivé pulsionnel associé.

Aux niveaux les plus archaïques du fonctionnement psychique (niveau un et deux : psychotique), nous retrouvons la confusion et la régression psychotique (niveau un), ainsi que les identifications psychotiques (niveau deux). Au niveau deux, il y a fusion des représentations de soi et d'objet, soit sur un mode libidinal-idéalisé, soit sur un mode agressif-destructeur (par le contrôle omnipotent de l'objet), le tout dans le but d'éviter l'angoisse d'annihilation. La cote de niveau un est donnée lorsque cette tentative défensive échoue et que le sujet se retrouve submergé par cette angoisse de mort, en état de psychose décompensée, pourrions-nous dire.

Les catégories définissant le niveau trois de fonctionnement (limite) sont en grande partie associées aux différentes formes d'identification projective et d'idéalisation primitive, mais incluent aussi le clivage, les mises en acte ou agirs (*enactments*) et les somatisations. Au niveau quasi quatre de fonctionnement (narcissique), nous retrouvons les résistances narcissiques face à l'activation d'un conflit limite, c'est-à-dire de niveau trois (associé à l'évocation d'un mauvais objet : abandonnant, frustrant, persécuteur, etc.). Ainsi, nous retrouvons des catégories comme le maintien défensif d'une fantaisie d'un couple idéal (objet idéal-self idéal) ou encore une identification à un self grandiose. Des éléments comme un transfert idéalisant ou des défenses obsessionnelles au service du narcissisme sont également inclus dans les catégories associées au niveau quasi quatre.

Le niveau quatre (névrotique) de maturité des relations d'objet implique l'atteinte de la constance affective de l'objet (en référence à Mahler), une certaine résolution de la position dépressive (en référence à Klein) et une conflictualisation intrapsychique (modèle freudien de type pulsion-défense). Ce niveau est subdivisé en deux regroupements de catégories. Le premier regroupement implique des cotes en lien avec des éléments qui ne se présentent pas d'une façon qui pourrait être typiquement associée à un caractère névrotique identifiable (c'est-à-dire hystérique, obsessionnel-compulsif ou dépressif-masochiste). Ces éléments peuvent être oedipiens, peuvent impliquer l'idéal du moi (narcissisme mature) ou être par exemple associés à des régressions anales ou orales dans le transfert. La deuxième série de cotes représente quant à elle des formes typiques de transfert névrotique, soit hystérique, obsessionnel-compulsif ou dépressif masochiste.

Finalement, le niveau cinq de fonctionnement implique un haut degré d'élaboration psychique, d'insight ainsi que des régressions au service du moi, éléments étant associés à la résolution de conflits pouvant être de différents niveaux, mais particulièrement de niveau quatre (névrotique). Par exemple, le niveau cinq implique un surmoi moins sadique que celui rencontré dans la structure dépressive-masochiste, ainsi qu'une actualisation de certains aspects de l'idéal du moi.

De plus, mentionnons qu'une cote *UNS* (unspecified) peut être accordée à un type de relation d'objet dont les coteurs n'arrivent pas de façon convaincante à identifier la nature.

2.2.1.5 *La grille portant sur les états mentaux du patient*

Bouchard et al. (1998) définissent les états mentaux comme des catégories d'activités endopsychiques, particulièrement observables en psychothérapie ou en situation analytique. L'observation de ces activités, reflétant des formes de fonctionnement psychique plus ou moins archaïques, peut à notre avis être une autre source d'indices

diagnostiques, même si encore une fois, il ne s'agit pas d'un instrument ayant été conçu dans un but diagnostique.

Bouchard et al. (1998) décrivent trois types d'états mentaux, expliqués ici brièvement.

A) L'état objectif-rationnel (OBR)

Dans cet état, le sujet est impliqué dans une activité de perception, d'observation et d'analyse de son monde interne ou du monde externe, mais le tout se fait comme s'il était un observateur détaché au plan émotif, comme s'il traitait son vécu comme une chose observée de l'extérieur. Lorsque le sujet se retrouve dans cet état, les affects seraient donc absents du discours. Bouchard et al. (1998) disent que cette forme d'auto-observation a une valeur adaptative, en ce sens que la distance qu'elle instaure permet au sujet de continuer à avoir un fonctionnement adéquat. L'état OBR n'est donc pas nécessairement de nature conflictuelle et s'il s'accompagne de procédés défensifs, ceux-ci sont matures (ex. refoulement, intellectualisation, formation réactionnelle).

Bouchard et al. (1998) distinguent toutefois un état particulier de type OBR qui lui, met plutôt en lumière l'aspect déficitaire de certaines opérations psychiques. Il s'agit de la pensée concrète (OBR CONCRETE ou OBRC) qui révèle de pauvres capacités de mentalisation et d'élaboration symbolique, accompagnées d'une pauvreté de la vie fantasmatique.

B) L'état réflexif(REF)

Dans cet état, le sujet est en mesure de percevoir, explorer et comprendre son propre monde interne. En ce sens, l'état réflexif est une activité consciente ou préconsciente lors de laquelle le sujet est impliqué (pas de façon détachée comme dans l'état OBR) dans une certaine perception, auto-observation et auto-analyse en rapport avec la situation vécue présentement, qu'elle soit transférentielle ou extra-transférentielle. Nous pourrions dire que dans l'état réflexif, le sujet a une certaine conscience de lui-

même, de ses affects et pensées et il peut donner une signification personnelle à son expérience. Bien que des opérations défensives puissent accompagner cet état, Bouchard et al. (1998) mentionnent qu'elles n'empêchent pas la poursuite du processus réflexif. En fait, dans cet état, le sujet fait preuve d'une certaine capacité de mentalisation, de sorte que son expérience affective peut être suffisamment tolérée, contenue.

C) L'état réactif (REAC)

L'état réactif est identifié lorsque sont activés des processus mentaux inconscients en réponse à des conflits vécus par le sujet. Dans l'état réactif, le sujet semble dépassé par le conflit et perd la capacité de prendre conscience de sa propre réaction. Par définition, le sujet réactif n'a donc pas conscience d'utiliser certains processus mentaux inconscients à des fins défensives. Dans ce cas, la tolérance à l'affect est insuffisante et ne peut permettre l'élaboration mentale de l'expérience. Le sujet devient incapable de penser et d'observer ce qui se passe à l'intérieur de lui.

Bouchard et al. (1998) décrivent trois types d'états réactifs qui empêchent la mise en place de processus réflexifs, soit :

- *l'état lié à l'expression pulsionnelle* (« *drive-related reactive mental state* », cote REACP) : le sujet, dépassé par l'expérience émotionnelle intense, gratifie un désir en répétant un aspect conflictuel d'une relation d'objet en présence du thérapeute. Cela implique une forme d'expression « libre », sans capacité de se contenir, pouvant amener par exemple un agir ou une somatisation.
- *l'état défensif de haut niveau* (cote READH) : ici, l'expression des affects et des désirs est plutôt inhibée, bloquée par la mise en place de défenses dites matures (refoulement, intellectualisation, etc.). Un retournement de l'agressivité contre soi peut apparaître, accompagné d'affects « inhibiteurs » (anxiété, culpabilité, honte, etc.) masquant l'expression d'autres affects inavouables (désir érotique, jalousie, fierté, etc.). Le sujet se défend ici de conflits de nature névrotique.

- *l'état défensif de bas niveau* (cote READB): ici, des affects intenses et primitifs sont présents et exprimés (rage, envie, expression crue de désirs érotiques, etc.) et s'accompagnent de procédés défensifs également primitifs (clivage, déni, identification projective, etc.).

Finalement, mentionnons qu'une cote *UNS* (unspecified) peut être accordée à un état mental dont les codeurs n'arrivent pas de façon convaincante à identifier la nature.

En ce qui concerne la *fidélité* des instruments élaborés par Bouchard et al. (1998), on rapporte des coefficients d'accord inter-juges (kappas) minimaux de 0.65. Notons que cet accord concerne l'ensemble des catégories à coter, ces dernières étant bien plus nombreuses que celles utilisées dans le cadre de la présente étude (un type concerne d'ailleurs les états mentaux du thérapeute, désignés de la même façon que ceux du patient). Dans une étude bien précise rapportée par Bouchard et al. (1998) et portant sur quatorze séances de psychothérapie avec une même patiente, un accord inter-juges moyen de 74% (coefficients kappas moyens de 0.72) est obtenu. Dans cette étude, une certaine *validité concurrente* de l'aspect « maturité des relations d'objet » de la MTCM est également mise en lumière. En effet, le type de mécanismes de défense identifié chez la patiente à l'étude est également identifié par un instrument mesurant spécifiquement le fonctionnement défensif et démontrant des qualités psychométriques intéressantes, soit le *Defense Mechanisms Rating Scales (DMRS)* (Perry, 1990, 1993 : voir Bouchard et al., 1998).

2.2.2 Instruments liés au vécu de la maternité

2.2.2.1 *Les entrevues semi-structurées*

Tel que mentionné précédemment, dans un premier temps, deux à trois entrevues effectuées avec nos sujets ont porté sur leur histoire personnelle et familiale et sur l'histoire de leurs expériences maternelles, depuis le désir d'enfant jusqu'au moment de l'expérimentation. Dans un deuxième temps, trois entrevues ont porté

spécifiquement sur le vécu actuel de la maternité de chaque sujet. Nous référons de nouveau le lecteur à l'annexe D pour plus de détails concernant les thèmes abordés.

2.2.2.2 *L'Indice de Stress Parental (ISP), version maternelle*

Ce questionnaire papier-crayon (Loyd et Abidin, 1985; Abidin, 1995, version française de Bigras, Lafrenière et Abidin, 1996 : voir annexe E), qui fut administré verbalement dans le cadre de la présente étude, sert à évaluer le niveau de stress vécu par le parent (père ou mère selon la version paternelle ou maternelle) à l'intérieur du système parent-enfant selon plusieurs dimensions. L'ISP peut être utilisé avec les parents d'enfants âgés de zéro à dix ans. Les 101 énoncés de ce questionnaire, auxquels le parent répond sur une échelle de type Likert, correspondent à des sources de stress liées 1) au domaine de l'enfant ou 2) au domaine du parent.

Premièrement, les sources de stress liés au domaine de l'enfant concernent la perception ou la représentation que le parent se fait de son enfant. Différentes sous-échelles identifient des sources plus précises de stress parental qui contribuent au stress global découlant des caractéristiques perçues chez l'enfant. Ces sous-échelles sont les suivantes :

- 1) **Hyperactivité** (l'enfant est-il perçu comme trop actif, désorganisé, distractible?);
- 2) **Adaptabilité** (l'enfant est-il perçu comme s'adaptant adéquatement aux changements : est-il rigide ou flexible face aux imprévus, aux changements de routine, face à l'introduction de nouveaux éléments dans l'environnement comme certains aliments, de nouveaux jouets, de nouvelles personnes?);
- 3) **Renforcement** (l'enfant est-il perçu comme gratifiant vis-à-vis son parent : semble-t-il aimer ce dernier, désirer un lien de proximité avec lui, être reconnaissant à son égard?);
- 4) **Exigences** (l'enfant est-il perçu comme trop exigeant envers son parent, par exemple en adoptant des comportements dérangeants, comme pleurer

exagérément, être opposant, désirer une trop grande proximité avec le parent, etc.);

- 5) **Humeur** (l'enfant est-il perçu comme maussade, triste, colérique ou imprévisible dans ses réactions?);
- 6) **Acceptabilité** (les caractéristiques de l'enfant sont-elles perçues comme appréciables et acceptables par le parent? Par exemple, le parent est-il inquiet de son enfant, déçu ou contrarié par celui-ci, le compare-t-il favorablement ou non à d'autres enfants?).

Deuxièmement, les sources de stress liés au domaine du parent concernent la perception de soi comme parent ainsi que d'autres variables pouvant influencer les attitudes et émotions parentales, bien que celles-ci ne soient pas toujours liées directement à la relation parent-enfant. Différentes sous-échelles identifient ici aussi des sources plus précises de stress parental comptabilisées sous la rubrique "domaine du parent". Ces sous-échelles sont les suivantes :

- 1) **Compétence** (le parent se sent-il compétent dans son rôle? Comment évalue-t-il sa capacité à mener à bien les tâches liées au rôle de parent?);
- 2) **Isolement** (le parent a-t-il des amis, un réseau social? Peut-il obtenir facilement de l'aide ou des conseils en lien avec son rôle parental?);
- 3) **Attachement** (le parent sent-il qu'il a un rapport étroit et chaleureux avec son enfant? Par exemple, a-t-il l'impression qu'il le comprend facilement ou que son enfant désire particulièrement sa présence?);
- 4) **Santé** (le parent se sent-il bien physiquement, a-t-il eu des maladies particulières depuis la naissance de son enfant?);
- 5) **Restriction des rôles** (le parent a-t-il le sentiment d'être restreint dans la réalisation de ses objectifs personnels par le rôle parental? Par exemple, a-t-il l'impression que les responsabilités parentales sont trop lourdes, qu'il se sacrifie trop pour son enfant ou que sa vie est contrôlée par les besoins de son enfant?);

- 6) **Dépression** (le parent se sent-il coupable face à son enfant, s'est-il senti plus triste qu'attendu durant les premiers mois postnataux, est-il satisfait de sa vie en général?);
- 7) **Relation conjugale** (le parent a-t-il l'impression que l'arrivée de son enfant a eu un impact négatif sur sa relation conjugale? Reçoit-il autant de soutien que désiré de la part du conjoint dans la réalisation des tâches liées au rôle parental?)

A l'Indice de Stress Parental, différents scores bruts sont donc obtenus (stress global lié aux domaines de l'enfant et du parent, stress à chacune des sous-échelles et stress total). Plus la valeur de ces scores bruts est élevée, plus le stress l'est. Ces scores sont par la suite convertis en rangs centiles, la zone de normalité se situant entre le 15^e et le 85^e rang centile.

De nombreuses études ont été réalisées afin d'évaluer les qualités métrologiques de l'ISP, qualités qui dans l'ensemble sont fort appréciables. Au chapitre de la *fidélité*, la version originale anglaise de cet instrument présente des coefficients de *consistance interne* élevés, allant de 0.70 à 0.95 pour l'ensemble de ses échelles (Abidin, 1995). Les valeurs obtenues pour la version française seraient pratiquement identiques à celles de la version originale (Bigras, LaFrenière et Abidin, 1996). Également, une certaine stabilité du test est supportée par des *corrélations test-retest* (pour une période de trois mois) de 0.63 pour le score du domaine de l'enfant, 0.91 pour celui du parent et de 0.96 pour le stress total (Abidin, 1995). Les résultats quant à la fidélité test-retest de la version française ne sont pas encore disponibles, mais il est permis de croire, à la lumière des résultats déjà obtenus pour la version originale, que la version française est suffisamment stable.

Au sujet de la validité de l'ISP, notons que la *validité factorielle* de la version originale fut démontrée, c'est-à-dire qu'elle mesure bien plusieurs sources de stress distinctes ainsi qu'un facteur de stress global (Loyd et Abidin, 1985, Abidin, 1995). La version française de l'ISP présente aussi une bonne *validité de construit*, les mères affichant des niveaux de stress élevés (entre le 80^e et le 89^e rang centile) et extrêmes (90^e rang centile et plus) étant par exemple plus négligentes et même violentes avec

leur(s) enfant(s) (Bigras et al., 1996). Bigras et al., (1996) confirment aussi la *validité concomitante* de la version française de l'ISP en mentionnant que les résultats qui en découlent se comparent à des critères évaluant des construits semblables comme la dépression, la qualité de la relation conjugale, les difficultés de l'enfant et la qualité des échanges mère-enfant. Finalement, une dernière étude démontre la *validité discriminante* de l'ISP, en mettant par exemple en lumière que le domaine du parent, comparativement au domaine de l'enfant, est davantage associé à l'Échelle d'ajustement dyadique (Baillargeon et al., 1986, voir Bigras et al., 1996) et à la dépression maternelle.

2.2.2.3 L'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle (EASM)

Cet instrument (voir annexe E), version française de la *Maternal Separation Anxiety Scale* (Hock, McBride et Gnezda, 1983 : voir mêmes auteurs, 1989), est un questionnaire papier-crayon (administré verbalement dans le cadre de la présente étude) de 35 items de type Likert évaluant comment la mère interprète et vit les situations réelles ou anticipées de séparation avec son enfant. Notons que l'auteure de la présente étude a effectué, avec l'aide d'une assistante de recherche dont la langue maternelle était l'anglais, la traduction de cet instrument de mesure. Nous avons utilisé la méthode de traduction en deux temps, soit : 1) de l'anglais au français (étape effectuée par l'auteure de l'étude), puis 2) du français à l'anglais (*back translation* effectuée par l'assistante de recherche) afin de nous assurer de l'équivalence des contenus linguistiques.

L'EASM comprend trois sous-échelles (la *validité factorielle* du test a été démontrée par les auteurs) recevant chacune un score pouvant aller de 7 à 35 et mesurant :

- 1) **l'anxiété de séparation maternelle** (nature des sentiments liés à la séparation avec l'enfant et désir de proximité physique avec lui);

- 2) **la perception des effets de la séparation sur l'enfant** (attitude quant à l'importance ou non des soins exclusivement maternels, croyances quant à la capacité de l'enfant à s'adapter aux soins non maternels et à en bénéficier);
- 3) **les préoccupations face aux séparations dues à l'occupation d'un emploi.**

Notons qu'un score global d'anxiété de séparation est également obtenu suite à la cotation de l'EASM.

La version originale de cet instrument possède une bonne *fidélité*, ses coefficients de *consistance interne* étant de 0.88 pour l'échelle dans son entier, 0.90 pour la première sous-échelle, 0.71 pour la deuxième et 0.79 pour la troisième (Hock et al., 1989). Les résultats au test s'avèrent relativement stables pour une période de 12 mois, les coefficients test-retest pour les sous-échelles 1, 2 et 3 étant respectivement de 0.67, 0.52 et 0.62 (Hock et al., 1989). L'EASM dans sa version originale possède aussi une bonne *validité concomitante*, des mères y obtenant un score élevé se comportant de façon anxieuse et intrusive à la suite d'une brève séparation avec leur enfant (McBride et Belsky, 1988).

Bien que l'EASM présente à notre avis un intérêt certain pour la mesure de l'anxiété de séparation maternelle, il est important de mentionner que les études ayant servi à établir les différents points de coupure (*cut off scores*) délimitant les niveaux d'anxiété de séparation (faible, moyen ou élevé) ont été jusqu'à maintenant effectuées auprès de mères de très jeunes enfants (14 mois et moins). Bien que les auteures de l'EASM conçoivent l'anxiété de séparation maternelle comme une disposition stable de la personnalité plutôt qu'une émotion indépendante de la personnalité maternelle n'émergeant que dans certaines circonstances très spécifiques (comme avec un enfant plus jeune, un enfant malade, etc.), nous serons très prudente dans l'interprétation des scores obtenus à cette échelle, surtout lorsque ces scores concerneront des enfants plus vieux. Avec ces enfants plus vieux, les résultats quantitatifs à l'EASM devront être d'importance secondaire. Toutefois, les propos recueillis suite à l'administration verbale de ce questionnaire feront l'objet d'une réflexion basée sur une analyse

qualitative “élargie”, c’est-à-dire qui portera aussi sur le discours des mères rencontrées dans d’autres contextes (lors de l’administration verbale de l’Inventaire de Stress Parental et lors des entrevues semi-structurées).

2.2.3 Autre instrument de mesure

2.2.3.1 *Questionnaire de renseignements généraux*

Ce questionnaire maison (voir annexe C), composé de 17 questions à choix multiples, est utilisé afin de dresser le portrait socio-démographique de nos participantes (statut conjugal, niveau socio-économique, etc.). Il nous a donc permis d’obtenir de l’information sur différentes variables autres que diagnostiques pouvant affecter l’expérience de la maternité, variables dont nous devons tenir compte dans la compréhension de nos résultats.

2.3 **Traitement des données**

2.3.1 Évaluation psychologique des sujets

Parmi nos outils diagnostiques, un accord inter-juges fut obtenu pour la cotation de trois sur quatre d’entre eux (pas d’accord inter-juges nécessaire pour le SCL-90-R). Ainsi, rappelons que l’administration du DIB-R fut effectuée simultanément par la chercheuse principale et une assistante de recherche dans le cas des deux mères étudiées. Ces deux cliniciennes avaient bénéficié d’une formation avancée à l’administration et à la cotation de cette entrevue dans le cadre d’un internat dans une clinique spécialisée dans le traitement des troubles de personnalité au Centre hospitalier Douglas. Après l’administration du DIB-R, les deux cliniciennes ont comparé leur cotation respective des entrevues. Pour nos deux sujets à l’étude, un accord inter-juge parfait fut obtenu quant à la question de la présence ou non d’un trouble de personnalité limite (cote finale de 8 et plus) et quant aux hypothèses formulées au sujet de leur structure de personnalité. Une discussion a finalement eu

lieu afin qu'un consensus soit obtenu pour l'ensemble des cotes et la cote finale de chacun des DIB-R (voir annexes F-1 et F-2 pour les cotes pondérées et la cote finale de chaque entrevue).

Concernant le Rorschach, la chercheuse principale ainsi qu'une seconde assistante de recherche qui n'était pas au courant des hypothèses diagnostiques déjà formulées ont appliqué le système de cotation d'Exner pour le protocole de l'une des mères à l'étude (Carole), protocole choisi au hasard. La cotation de ce Rorschach fut jugée comme étant très complexe à effectuer. Malgré cela, le niveau d'accord inter-juges suivant (en pourcentage) fut obtenu pour les catégories suivantes de cotes : 80% pour la localisation, 84% pour la qualité développementale, 78% pour les déterminants, 61% pour la qualité de la forme, 90% pour la présence ou non de paires, 83% pour les contenus, 86% pour la présence ou non d'une réponse populaire, 87.5% pour le score Z et 66% pour la présence de scores spéciaux. Par la suite, une discussion a eu lieu afin qu'un consensus soit obtenu pour les cotes associées à chacune des réponses du sujet (voir annexe F-2 pour les cotes obtenues suite à ce consensus, pour le *résumé structural* et la feuille des *constellations psychopathologiques* ou *constellations worksheet*). Notons que l'analyse qualitative des deux protocoles et la cotation selon le système Exner du protocole d'Élise furent effectuées par la chercheuse principale (voir annexe F-1 pour les résultats bruts obtenus par Élise).

Un accord inter-juges fut également obtenu pour la cotation de deux entrevues semi-structurées effectuées avec l'une des mères à l'étude (mère différente de celle ayant fait l'objet de l'accord inter-juges au Rorschach) à l'aide de la MTCM et de la grille portant sur les états mentaux du patient. Cette cotation fut effectuée par deux assistants de recherche spécifiquement et longuement entraînés à l'utilisation de ces mesures dans le cadre de leurs travaux au sein de l'équipe de recherche dirigée par monsieur Marc-André Bouchard, au département de psychologie de l'Université de Montréal. La cotation des deux entrevues semi-structurées effectuée avec la seconde mère fut assumée par un des assistants de recherche déjà impliqué dans le processus d'accord inter-juges. Notons que les deux assistants ignoraient nos hypothèses

diagnostiques. Comme dans le cas des autres mesures diagnostiques, les cotes obtenues par chaque juge séparément (78% d'accord pour les cotes concernant le niveau de maturité des relations d'objet et 80% pour les états mentaux, après une première cotation) furent l'objet d'une discussion afin qu'ils en arrivent à un consensus pour chacune d'elles (voir annexes F-1 et F-2 pour les cotes obtenues par chaque mère à l'étude).

2.3.2 Vécu de la maternité à partir des analyses de contenu des verbatims d'entrevues

Nous avons effectué une analyse du contenu de nos entrevues semi-structurées (ainsi que du verbatim obtenu durant la passation de l'Indice de Stress Parental et de l'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle) en nous basant sur les ouvrages de L'Écuyer (1990) et Van der Maren (1995) qui décrivent en détails les procédures à suivre afin de s'assurer de la validité de ce type de méthodologie de recherche.

Au départ, nous savions que nous désirions identifier les extraits d'entrevue (ou unités de classification (L'Écuyer, 1990) ou encore unités d'analyse (Van der Maren, 1995)) qui porteraient sur la relation mère-enfant, dans ses volets fusionnels et rejetants. Dans ce cas, la description, ou préférons-nous la «**représentation**» de la **relation mère-enfant** constitue une catégorie principale, alors que l'étiquette **fusionnelle** ou **rejetante** constitue une sous-catégorie. Une catégorie ou sous-catégorie est « un dénominateur commun auquel peut être ramené un ensemble d'énoncés qui se ressemblent » (L'Écuyer, p.64). Très succinctement, une catégorie ou sous-catégorie est « une unité de production de sens » (Van der Maren, p.434). A priori, nous n'avions donc identifié qu'une catégorie et deux sous-catégories comme objet d'analyse et étions ouverte à l'idée que d'autres s'y ajoutent suite à la lecture du matériel. Nous avons donc adopté une stratégie dite de *codage mixte*, c'est-à-dire un modèle souple comportant certaines catégories ou sous-catégories existantes avant toute analyse du matériel, cette liste initiale pouvant cependant se modifier ou se compléter en cours d'analyse (L'Écuyer, 1990; Van der Maren, 1995).

Avec cette première idée en tête, nous avons procédé à deux lectures complètes de l'ensemble des entretiens effectués avec les deux mères à l'étude (onze entretiens au total) afin d'identifier tous les extraits révélant une représentation d'une relation avec un enfant en particulier ou avec tous les enfants d'une même mère. Ainsi, le début d'un extrait d'entretien à retenir était identifiable par l'émergence, dans le discours de la mère, d'un *thème* bien précis (la relation avec son ou ses enfants). Ce thème pouvait apparaître spontanément dans le discours ou être provoqué par une intervention ou question de la chercheuse (par exemple : « parlez-moi de la relation avec votre fils cadet »). Les extraits d'entretien à retenir pouvaient être plus ou moins longs, la fin de l'extrait à coter étant repérable par l'apparition d'un nouveau thème dans le discours, que celui-ci soit introduit par la mère elle-même ou la chercheuse.

Après avoir identifié toutes les unités traitant de la relation mère-enfant, nous avons effectué une première classification dans les sous-catégories prédéterminées, c'est-à-dire fusionnelle et rejetante (voir la description de l'opérationnalisation finale des catégories dans les pages suivantes). Certains extraits d'entretiens n'étaient toutefois pas classables sous les rubriques fusionnelles et rejetantes, et d'autres sous-catégories furent donc ajoutées (**mixte** et **distance appropriée**).

De plus, les premières lectures du matériel ont mis en lumière d'autres éléments du discours de la mère, qui bien que ne traitant pas directement ou spécifiquement de la *relation* mère-enfant, permettaient à notre avis d'en comprendre davantage la nature en identifiant certaines composantes de toute relation d'objet, c'est-à-dire la **représentation de l'enfant** (ou de l'objet) et la **représentation de soi en tant que mère**. Une troisième lecture du matériel nous a donc permis d'identifier les extraits traitant de ces thèmes que nous avons tenté de différencier le plus possible des extraits portant sur la *relation* mère-enfant (encore une fois, voir l'opérationnalisation des catégories décrite ultérieurement). Deux nouvelles catégories furent donc ajoutées à la première (c'est-à-dire « représentation de la relation mère-enfant »), catégories pour lesquelles nous avons prévu deux sous-catégories, soit : **représentation positive** (de l'enfant ou de soi) et **représentation négative** (de l'enfant ou de soi).

Encore une fois, certains extraits ne furent classables ni dans l'une ou l'autre sous-catégorie, et une troisième fut donc ajoutée, soit **représentation nuancée** (de l'enfant ou de soi).

Pour résumer notre processus d'analyse de contenu, nous avons d'abord identifié toutes les sections de l'ensemble des entrevues relevant de l'une ou l'autre de **trois catégories primaires**. Ensuite, l'ensemble des unités d'analyse identifiées pour chaque catégorie primaire furent associées à différentes **catégories secondaires ou sous-catégories**. Au total, 157 extraits d'entrevues furent classifiés dans le cas de la première mère (Élise) et 127 dans le cas de la seconde (Carole).

La figure 1 (voir page suivante) représente la classification possible des unités d'analyse dans l'une des trois catégories primaires et dans leurs sous-catégories respectives. Cette classification fut effectuée plusieurs fois pour chaque mère, une première fois lorsqu'elle parlait de sa relation avec l'ensemble de ses enfants, de ses perceptions de l'ensemble de ses enfants et d'elle-même comme mère en général, puis autant d'autres fois qu'elle avait d'enfants (représentation de chaque relation, de chaque enfant et d'elle-même comme mère avec chaque enfant).

En ce qui concerne la catégorie primaire portant sur la **représentation de la relation mère-enfant**, catégorie s'adressant spécifiquement à la question de la séparation-individuation dans ce lien, la classification fut l'objet d'un accord inter-juges pour une des mères étudiées (Élise), cette mère ayant été choisie au hasard. Afin que le deuxième codeur effectue une première classification des unités d'analyse, celui-ci a d'abord lu l'ensemble des entrevues effectuées avec Élise. Par la suite, les unités d'analyse à classer lui furent indiquées et une définition de chaque sous-catégorie avec des exemples d'extraits d'entrevue leur correspondant (exemples tirés des entrevues avec Carole) lui furent remis. Un premier accord fut obtenu pour 73% des unités à classer. Une discussion portant sur l'ensemble des extraits à coter eu lieu par la suite entre les deux codeurs et a donné lieu à une cotation finale ainsi qu'à un remaniement (précisions supplémentaires) de la définition des sous-catégories.

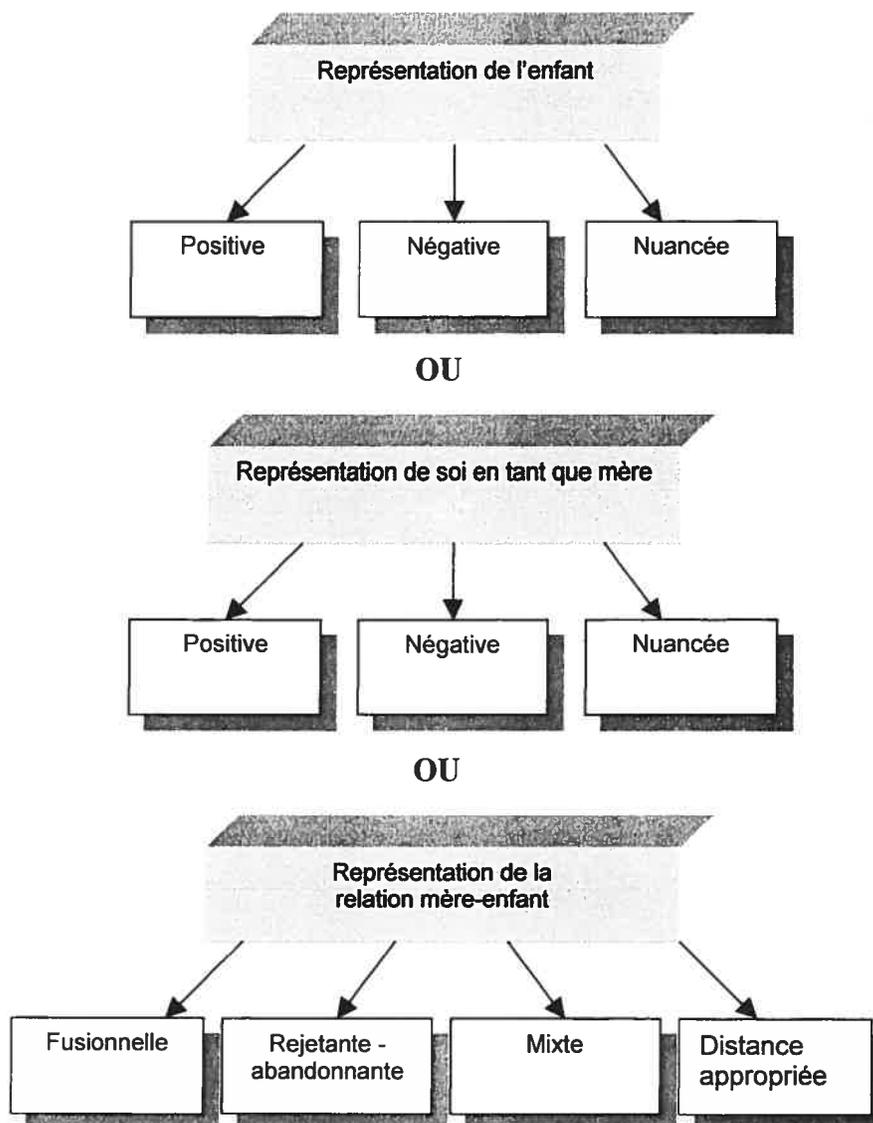


Figure 1 Classification possible des unités d'analyse (extraits d'entrevues) identifiées

A partir de ces dernières définitions, la cotation des entrevues de la seconde mère (Carole) fut révisée par la chercheuse principale. Nous décrivons ci-dessous l'opérationnalisation finale des catégories primaires et des sous-catégories identifiées. La classification complète des unités d'analyse se retrouve aux annexes G-1 et G-2, dont la lecture permettra d'illustrer chacune des catégories et sous-catégories.

1. ⇒ Représentation de l'ensemble des enfants et de chaque enfant en particulier, depuis la grossesse (enfant à venir) jusqu'à aujourd'hui (catégorie primaire): positive, négative ou nuancée (sous-catégories) : catégorie employée lorsque le discours de la mère révèle un jugement qu'elle porte sur son (ses) enfant(s). Ce jugement peut être favorable et révéler de la satisfaction, de l'acceptation ou de l'approbation (sous-catégorie positive) ou encore le contraire lorsqu'il est défavorable (sous-catégorie négative). La sous-catégorie « nuancée » est employée lorsque la mère rapporte un trait ou un comportement jugé indésirable, mais d'une façon qui révèle à la fois une certaine indulgence envers l'enfant. Par exemple, cette cote pourra être employée lorsque la mère cherche à relativiser le trait ou le comportement en tentant de le comprendre ou de le normaliser étant donné la situation dans lequel il apparaît. Ainsi, il s'agit d'un jugement moins radical que celui relevant de la sous-catégorie « négative ».

2. ⇒ Représentation de soi en tant que mère avec l'ensemble des enfants et avec chaque enfant en particulier, depuis la grossesse jusqu'à aujourd'hui (catégorie primaire) : positive, négative ou nuancée (sous-catégories) : catégorie employée lorsque le discours de la mère révèle un jugement qu'elle porte sur elle-même. L'opérationnalisation des sous-catégories est identique à celle décrite pour la première catégorie primaire.

3. ⇒ Représentation de la relation mère-enfant avec l'ensemble des enfants et avec chaque enfant en particulier, depuis la grossesse (relation avec l'enfant imaginaire ou représentation de la relation future) jusqu'à aujourd'hui

(catégorie primaire) : fusionnelle, rejetante-abandonnante, mixte ou distance appropriée (sous-catégories)

A. Sous-catégorie fusionnelle : cette catégorie est employée dans deux situations.

Premièrement, lorsque le discours de la mère révèle une opinion (par ex. sur le rôle que doit jouer un parent auprès de son enfant), une attitude, un comportement, une émotion, et/ou un fantasme traduisant ou résultant d'une *angoisse de séparation marquée* (type fusionnel abandonnique), c'est-à-dire plus intense que ce qui serait attendu étant donné la situation dans laquelle elle émerge ou encore le niveau de développement de l'enfant. Dans ce cas, si la mère rapporte une attitude ou un comportement résultant de son angoisse d'abandon, cette attitude ou ce comportement sera de type fusionnel et non rejetant (par exemple : contrôle intrusif, surprotection ou recherche intense et inappropriée de proximité affective et/ou physique).

Deuxièmement, lorsque le discours de la mère traduit une opinion, une attitude, un comportement, une émotion et/ou un fantasme révélant que l'enfant est un *prolongement narcissique* de la mère, soit comme dépositaire de ses émotions, pensées et/ou désirs, soit comme ayant le mandat de réparer ses blessures narcissiques (type fusionnel narcissique). Le processus en jeu ici implique donc un manque de différenciation avec l'enfant.

B. Sous-catégorie rejetante-abandonnante : lorsque le discours de la mère révèle une opinion, une attitude, un comportement, une émotion et/ou un fantasme traduisant la nécessité de mettre l'enfant à distance affectivement et/ou physiquement, et ce de façon marquée, c'est-à-dire plus qu'il ne serait attendu étant donné la situation évoquée et/ou le niveau de développement de l'enfant. Les éléments rejetants rapportés par la mère peuvent ici avoir un caractère plus ou moins subtil, allant de l'énonciation de demandes poussant l'enfant à atteindre un niveau d'autonomie précocement, à la froideur affective, à la négligence, au mépris, et

ultimement au geste franchement hostile de rejet ou d'agression manifeste envers l'enfant. Notons qu'autant des angoisses d'abandon que des angoisses paranoïdes peuvent sous-tendre l'attitude maternelle rejetante.

C. Sous-catégorie mixte : lorsque le discours de la mère révèle la présence d'un conflit entre les éléments liés à sa problématique d'abandon, et ceux liés à sa problématique paranoïde. Par exemple, une opinion, une attitude, un comportement, une émotion et/ou un fantasme peut mettre en lumière la présence simultanée d'une angoisse de séparation et d'une angoisse de rapprochement. Le fonctionnement de la mère est donc ici conflictuel, même si elle ne reconnaît pas nécessairement le conflit qui l'habite. Dans un tel cas, l'une ou l'autre angoisse n'est d'ailleurs pas toujours très manifeste.

D. Sous-catégorie distance appropriée : lorsque le discours de la mère révèle une opinion, une attitude, un comportement, une émotion et/ou un fantasme traduisant un désir, un souci ou une capacité à établir une proximité affective et/ou physique appropriée ou à mettre une distance affective et/ou physique appropriée avec son enfant étant donné la situation et le niveau de développement de l'enfant (par exemple sans contrôle intrusif, surprotection ou rejet de l'enfant). Cette catégorie peut également être employée lorsque la mère qui ressent de l'irritation face à son enfant arrive à relativiser une situation conflictuelle et à réagir malgré tout en faisant preuve d'empathie envers l'enfant. Ce dernier est donc reconnu comme un individu à part entière, avec ses propres besoins, désirs, émotions et pensées.

En opérationnalisant ainsi nos catégories et sous-catégories, nous avons donc cherché, en accord avec les recommandations de L'Écuyer (1990) et Van der Maren (1995), à obtenir un codage aussi discriminant que possible, c'est-à-dire ne permettant pas la cotation d'un même extrait dans plusieurs catégories ou sous-catégories (aucun extrait ne fut coté à deux endroits). Notre ligne directrice fut donc, en cas d'incertitude (qui ne furent pas très fréquentes), de prioriser un codage dans la catégorie « représentation de la relation mère-enfant », catégorie que nous jugeons la

plus importante puisqu'elle s'attarde spécifiquement à la question de la séparation-individuation, ou de la distance relationnelle, dans le lien mère-enfant. Ainsi, par exemple, il pouvait arriver qu'une mère rapporte une attitude rejetante face à un enfant qui à l'intérieur d'un même extrait, était décrit négativement. Dans un tel cas, l'extrait était coté sous la rubrique « représentation de la relation : rejetante », et non sous la rubrique « représentation de l'enfant : « négative ».

Concernant le type d'analyse effectuée une fois notre classification complétée, à un niveau quantitatif, le nombre d'extraits d'entrevue cotés ainsi que le nombre de sujets à l'étude ne nous permettaient pas des analyses statistiques sophistiquées¹. Ainsi, dans un premier temps, des statistiques descriptives (fréquence des extraits d'entrevue appartenant à chacune des sous-catégories) afin de tenter d'apprécier des tendances générales chez chacune des deux mères étudiées furent effectuées (voir notre chapitre « Résultats »). Nous avons ainsi tenté de cerner l'ampleur relative des éléments fusionnels et rejetants dans le discours sur l'expérience de la maternité de chacune des femmes étudiées, et de comparer, entre autres, l'importance de ceux-ci dans la relation avec chacun des enfants d'une même mère.

L'analyse de la qualité des représentations de chaque enfant et des représentations élaborées par chaque mère à son propre sujet nous a également permis d'approfondir notre compréhension des dynamiques mère-enfant en regard des éléments liés à la séparation-individuation.

Ainsi, l'analyse qualitative psychanalytique a occupé une grande place dans l'interprétation et même la validation dirions-nous de ces résultats plus « quantitatifs ». Nous avons donc tenté, suite à la relecture de l'ensemble des extraits d'entrevue cotés et à la lumière des résultats de nos évaluations psychologiques et de nos connaissances quant à l'histoire personnelle des mères étudiées, de comprendre

¹ A ce sujet, nous avons d'ailleurs consulté madame Roselyne Garon, PhD, spécialiste en analyse de contenu à la Faculté des sciences de l'éducation à l'UDM, qui nous a confirmé qu'avec nos données, une analyse des tendances observées (sans établissement par exemple de différences statistiquement significatives entre certaines d'entre elles) était à privilégier.

plus importante puisqu'elle s'attarde spécifiquement à la question de la séparation-individuation, ou de la distance relationnelle, dans le lien mère-enfant. Ainsi, par exemple, il pouvait arriver qu'une mère rapporte une attitude rejetante face à un enfant qui à l'intérieur d'un même extrait, était décrit négativement. Dans un tel cas, l'extrait était coté sous la rubrique « représentation de la relation : rejetante », et non sous la rubrique « représentation de l'enfant : « négative ».

Concernant le type d'analyse effectuée une fois notre classification complétée, à un niveau quantitatif, le nombre d'extraits d'entrevue cotés ainsi que le nombre de sujets à l'étude ne nous permettaient pas des analyses statistiques sophistiquées¹. Ainsi, dans un premier temps, des statistiques descriptives (fréquence des extraits d'entrevue appartenant à chacune des sous-catégories) afin de tenter d'apprécier des tendances générales chez chacune des deux mères étudiées furent effectuées (voir notre chapitre « Résultats »). Nous avons ainsi tenté de cerner l'ampleur relative des éléments fusionnels et rejetants dans l'expérience de la maternité de chacune des femmes étudiées, et de comparer, entre autres, l'importance de ceux-ci dans la relation avec chacun des enfants d'une même mère.

L'analyse de la qualité des représentations de chaque enfant et des représentations élaborées par chaque mère à son propre sujet nous a également permis d'approfondir notre compréhension des dynamiques mère-enfant en regard des éléments liés à la séparation-individuation.

Ainsi, l'analyse qualitative psychanalytique a occupé une grande place dans l'interprétation et même la validation dirions-nous de ces résultats plus « quantitatifs ». Nous avons donc tenté, suite à la relecture de l'ensemble des extraits d'entrevue cotés et à la lumière des résultats de nos évaluations psychologiques et de nos connaissances quant à l'histoire personnelle des mères étudiées, de comprendre

¹ A ce sujet, nous avons d'ailleurs consulté madame Roselyne Garon, PhD, spécialiste en analyse de contenu à la Faculté des sciences de l'éducation à l'UDM, qui nous a confirmé qu'avec nos données, une analyse des tendances observées (sans établissement par exemple de différences statistiquement significatives entre certaines d'entre elles) était à privilégier.

les enjeux sous-tendant ces dynamiques ou tendances relationnelles établies par chacune d'entre elle avec chacun de ses enfants (voir notre chapitre « Discussion »). Cette analyse psychanalytique était pour nous indispensable, une analyse strictement quantitative des tendances repérées étant insuffisante pour comprendre les relations mère-enfant à l'étude. Ainsi, comme L'Écuyer (1990), nous croyons, en ce qui concerne notre étude, que « *l'essence de la signification du phénomène étudié réside dans la nature, la spécificité même du matériel étudié plutôt que dans sa seule répartition quantitative* » (p.31).

CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

Dans cette section, nous présenterons successivement les deux mères étudiées. Tout d'abord, nous décrirons certains éléments passés et actuels de leur histoire personnelle. En deuxième lieu, nous présenterons les résultats obtenus suite à notre démarche diagnostique en élaborant sur notre compréhension du fonctionnement de leur personnalité (aux plans symptomatique et intrapsychique). Finalement, nous discuterons de leur expérience maternelle, en présentant les résultats obtenus suite à 1) l'administration des deux questionnaires utilisés, soit l'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle (EASM) et l'Inventaire de Stress Parental (ISP) et 2) à l'analyse de contenu de l'ensemble des entrevues effectuées (ces entrevues comprenant aussi les verbalisations spontanées obtenues à l'EASM et à l'ISP).

3.1 Sujet no. 1 : Élise

3.1.1 Histoire personnelle d'Élise

Élise, 35 ans, habite avec son conjoint depuis une dizaine d'années. Ce couple de classe moyenne (revenu familial annuel de 65 000\$) a trois enfants, deux filles de 7 et 5 ans (Annie et Catherine) et un garçon de 2 ans et demi, Thomas. Élise est détentrice d'un baccalauréat dans le domaine de l'administration et suit présentement des cours de maîtrise à l'université. Toutefois, depuis la naissance de son premier enfant, elle demeure à la maison. Elle s'implique activement dans la vie communautaire, en faisant différentes activités bénévoles, assumant entre autres la surveillance de nombreux dîners à l'école fréquentée par ses enfants.

Fille d'immigrants européens, Élise garde l'image d'une enfance teintée de privations affectives et matérielles. Elle décrit des parents très pauvres, agriculteurs, qui étaient payés "*en pommes*" et devaient aller fouiller dans les poubelles d'un boucher pour se nourrir des abats laissés par ce dernier. Élise décrit sa mère comme une femme très autoritaire, peu affectueuse et méprisante à son égard, femme qu'elle a par contre

toujours sentie en rivalité avec elle, désirant elle-même être la plus belle et “passer pour sa sœur” plutôt que d’être reconnue comme étant sa mère. Ses propos révèlent une relation mère-fille teintée par la carence orale, décrite de façon on ne peut plus concrète. Ainsi, dit-elle :

“A table, ma mère mangeait avant moi. Elle disait : je veux manger, laisse-moi manger! C’était comme une obsession, elle devait manger. Quand je sais que ma mère mangeait avant moi, que je pouvais avoir beaucoup moins de nourriture, c’est choquant, je ne comprends pas ça! Je pense que c’était son instinct de survie, elle devait survivre.”

De son père, Élise dresse un portrait plus nuancé, disant par moments qu’il était bien plus affectueux que sa mère, mais précisant qu’à d’autres moments, il s’impliquait peu avec elle et son frère cadet lorsqu’il les recevait en visite la fin de semaine suite à la séparation parentale, survenue lorsqu’Élise avait huit ans. Elle nous fait part également d’une souffrance dépressive importante et d’une grande indignation en racontant que lors de tous les étés de son enfance, à partir de l’âge de quatre ans, elle et son frère prenaient l’avion seuls pour aller en Europe, visiter leurs grands-parents maternels et paternels durant plusieurs mois, grands-parents qui défrayaient les coûts du voyage. D’ailleurs, en parlant de la relation avec ses parents, Élise dira : *“Je suis partie dans la vie comme sur un îlot de glace. Un iceberg, il y a de la glace en-dessous et rien d’autre, il n’y a pas de terre.”*

Cependant, au chapitre des bons objets, nous retrouvons ces grands-parents, maternels en fait, notamment la grand-mère, qui habite aujourd’hui le Québec et qu’Élise visite régulièrement. Se décrivant comme sa petite fille préférée, Élise nous confie : *“Je ne sais pas comment je m’en sortirai la journée où je la perdrai, parce que ce sera de perdre ma maman finalement, oui, c’est de perdre ma mère.”* Notons également que le second mari de sa mère est une figure d’attachement significative pour Élise. En fait, cet homme protecteur face à sa mère dévaluante lui aurait fait sentir qu’il avait confiance en ses capacités en l’encourageant entre autres à poursuivre ses études, n’étant pas d’accord avec l’idée de sa femme voulant qu’Élise ne soit “pas intelligente”. Aujourd’hui, Élise voit peu sa mère et son second mari, qui

habitent les Etats-Unis depuis quinze ans. Elle visite son père à l'occasion et est avant tout en contact avec ses beaux-parents, qui habitent l'étage au-dessus de son propre logement, dans un immeuble dont elle et son conjoint sont les propriétaires.

Avec son conjoint, la qualité de la relation semble variable et la représentation qu'Élise s'en fait, clivée. Ainsi, par moments, elle discute de leur grande complicité et de leurs valeurs communes puis à d'autres moments, elle confie avoir déjà été victime de violence conjugale. Notons que nous discuterons plus en détail de certaines relations (autres que la relation mère-enfant) entretenues par Élise, dont cette relation conjugale, dans la section suivante portant sur l'évaluation de sa personnalité.

3.1.2 Profil psychopathologique d'Élise

Dans cette sous-section, nous présenterons les résultats d'Élise à chaque instrument utilisé, puis nous concluerons par une synthèse diagnostique (voir annexe F-1 pour la présentation détaillée des résultats bruts)

3.1.2.1 *Profil d'Élise au SCL-90-R*

Les réponses d'Élise à ce questionnaire (voir annexe F-1) révèlent une étendue symptomatique (*mesure de la symptomatologie positive : PST*) significativement élevée (score T de 69, c'est-à-dire de un et demi à deux écarts-types supérieurs à la moyenne) et une détresse psychologique associée à la présence de ces symptômes (*indice de la détresse associée aux symptômes : PSDI*) supérieure à la moyenne (score T de 62, c'est-à-dire entre un et un écart-type et demi supérieur à la moyenne), s'approchant d'un seuil clair de signification clinique. D'ailleurs, en ce qui concerne son état psychologique général (*indice de sévérité globale : GSI*) durant les sept jours ayant précédé l'administration du questionnaire, elle se présente comme un « cas positif » (Derogatis, 1994), c'est-à-dire que malgré le fait qu'elle n'ait pas présentement recours à des services de consultation psychiatrique, son profil (score T de 69) s'apparente à celui de patients présentant des pathologies psychiatriques

diverses. En fait, Élise présente des résultats supérieurs à la moyenne à toutes les échelles du questionnaire, sept de ces neuf résultats pouvant même être considérés comme significativement élevés ou très élevés (score T supérieur à 70 : plus de deux écarts-types supérieurs à la moyenne), c'est-à-dire d'une intensité clinique.

De façon générale, Élise semble présenter de multiples difficultés affectives, ayant expérimenté plusieurs émotions douloureuses de façon intense lors de la semaine ayant précédé l'administration du questionnaire. Une de ces émotions s'avère être l'anxiété (score T de 67 à l'échelle d'anxiété), qui se manifeste sous la forme d'une intense nervosité intérieure pouvant même amener une expérience subjective de terreur ou de panique. Cette anxiété paraît pouvoir être associée à diverses situations, mais semble particulièrement vive quand Élise se retrouve en compagnie d'un nombre important de personnes, donnant alors lieu à des symptômes d'agoraphobie (besoin d'éviter certains endroits où il y a foule par exemple), symptômes qui ne sont cependant pas envahissants (score T de 67 à l'échelle d'anxiété phobique). L'anxiété d'Élise semble aussi trouver une voie d'expression privilégiée dans le corps en donnant lieu à une variété de somatisations prenant la forme de symptômes cardio-respiratoires, digestifs, musculaires et d'allure neurologique (score T de 65 à l'échelle somatisation). Finalement, de multiples symptômes de la lignée obsessionnelle-compulsive, tant dans leur volet obsessionnel (récurrence de pensées désagréables), compulsif (besoin de répéter les mêmes actions), que cognitif (difficultés de mémoire et de concentration) semblent aussi révéler un état anxieux d'intensité très préoccupante (score T de 72 à l'échelle obsession-compulsion), qu'il nous est cependant difficile de qualifier davantage à partir des réponses au SCL-90-R.

Une autre émotion intense habitant Élise semble être la colère, voire la rage, les résultats à l'échelle d'hostilité étant eux aussi très élevés (score T de 71), révélant une tendance marquée à se sentir facilement irritée, à avoir des conflits interpersonnels et à entretenir des fantaisies agressives qui semblent pouvoir donner lieu à des comportements du même registre. Il est possible qu'un mécanisme de projection de cette hostilité amène Élise à entretenir ce qu'il conviendrait de qualifier de méfiance

de base dans les relations à autrui, méfiance observée à l'échelle de fonctionnement paranoïde (score T de 62) et qui transparait aussi à celle de sensibilité interpersonnelle (score T de 64), échelles dont les résultats supérieurs à la moyenne s'approchent d'un seuil clair de signification clinique. Toutefois, cette méfiance ne semble pas s'inscrire dans le cadre d'une symptomatologie psychotique, Élise ne rapportant pas d'hallucinations ni d'expérience pouvant s'apparenter clairement à un délire à l'échelle de processus psychotiques (score T de 63), bien qu'une préoccupation, peu intense cependant, autour d'une possible atteinte corporelle y soit rapportée. C'est cette dernière réponse, associée à la présence de pensées sexuelles troublantes et à un sentiment de solitude qui amène un résultat s'approchant d'un seuil de signification clinique à l'échelle de processus psychotiques.

Aux prises avec autant d'inconfort relationnel, d'émotions et semble-t-il de pensées perturbatrices, il n'est pas étonnant que Élise rapporte une autre expérience émotionnelle intense, soit la dépression qui paraît significativement élevée, de nature clinique (score T de 67). Ainsi, Élise rapporte un manque d'énergie, d'intérêt et de motivation, en plus de se sentir triste et impuissante. La présence de pensées suicidaires, qui ne semblent cependant pas envahissantes, est également rapportée.

3.1.2.2 *Profil d'Élise au DIB-R*

A la suite de cet entretien semi-structuré, Élise obtient le score maximum de dix points, score qui permet de prétendre à la présence d'un trouble limite de personnalité (rappelons qu'un tel diagnostic peut être posé à partir d'un score de huit points). Son profil se caractérise par l'instabilité et l'intensité de l'expérience affective et du mode de relations interpersonnelles, par une impulsivité marquée et par certaines perturbations d'ordre cognitif. Ces dernières perturbations, dont Élise n'a jamais fait état lors des six entrevues que nous avons eues avec elle à la suite du processus diagnostique, consistent en l'adhérence à certaines croyances bizarres, en l'expérience de perceptions inhabituelles et en la présence d'une idéation paranoïde non délirante mais aussi de convictions quasi délirantes transitoires.

Au plan affectif, Élise rapporte vivre de fréquents changements d'humeur, mais les expériences négatives paraissent davantage faire partie de son quotidien que les positives. Comme au SCL-90-R, il y a présence d'une dépression chronique modérée et aussi d'épisodes passés de dépression majeure, dépression associée notamment à des difficultés d'adaptation à la naissance de chacun de ses enfants. D'ailleurs, l'arrivée de ces derniers est reconnue comme responsable d'un sentiment d'impuissance et de perte de contrôle sur sa vie, sentiment qu'Élise dit combattre en se détachant d'eux, en retournant notamment aux études, ce qu'elle fait présentement. Toujours comme au SCL-90-R, Élise nous dit être très souvent anxieuse, se plaint de nombreux maux d'origine psychosomatique et décrit même ce qui s'apparente à des attaques de panique, peu fréquentes toutefois. Elle rapporte également l'expérience fréquente de colère ou plutôt d'une rage décrite avec une telle intensité qu'elle révèle bien la présence d'un mécanisme de clivage. Cette rage mal contenue donne lieu à des propos agressifs, mais aussi à des comportements de même nature.

En fait, l'ensemble de l'expérience affective très intense et perturbatrice semble en lien avec une impulsivité chronique et marquée qui se manifeste de différentes façons. De son histoire passée, Élise rapporte des excès alimentaires, des abus fréquents d'alcool et quelques expériences sexuelles inhabituelles (comme faire l'amour à trois). Aujourd'hui, elle nous confie entretenir la fantaisie d'avoir une relation extraconjugale homosexuelle et elle fait état d'une tendance un peu trop marquée pour le jeu à la loto. C'est toutefois au sein de ses relations les plus proches que l'instabilité et l'impulsivité d'Élise se manifeste de façon marquée, les descriptions de sa relation avec son mari et ses enfants révélant l'emploi du mécanisme défensif de clivage. Par exemple, dans sa relation conjugale, à côté de descriptions de moments relationnels quasi parfaits apparaissent les désaccords intenses et les menaces suicidaires fréquentes, le mari d'Élise étant « bien averti » qu'elle peut se tuer, malgré le fait qu'elle n'ait jamais posé un geste suicidaire franc. Avec ses enfants, l'idéalisation cotoie aussi la dévalorisation qui amène par moments des comportements hostiles, qu'il s'agisse de corrections physiques ou de propos qualifiés « d'abusifs » (dont des menaces d'abandon) par certains intervenants du

CLSC et même de la Direction de la protection de la jeunesse qui auraient visité Élise.

En fait, ces moments de très grande tension au sein des relations de proximité semblent être chez Élise en lien avec la présence de différents types d'angoisse, angoisse qui apparaissait clairement au SCL-90-R, mais dont la nature est plus facile à préciser à l'aide du DIB-R. D'abord, Élise rapporte une intense angoisse d'abandon qui lui fait craindre la solitude et la dépression consécutive. Également, ses propos révèlent une angoisse paradoxale à la première, soit une d'intrusion ou d'envahissement, qui lui fait craindre le rapprochement relationnel autant qu'elle le désire et l'entraîne par moments dans un registre plus paranoïde que dépressif, lui faisant entre autres redouter que les autres « l'étouffent ». Pour contrer ces angoisses, Élise n'entretient guère de lien caractérisés par un réel engagement affectif et par une reconnaissance de l'attachement à autrui, insistant sur le fait qu'elle désire peu « investir » dans les relations et « s'attacher », étant en fait une personne « froide et distante ». D'ailleurs, son discours est par moments ponctué de défenses narcissiques érigées pour prévenir le rapproché relationnel. De plus, plusieurs liens qu'elle considère importants pour elle et nécessaires afin d'éviter la solitude, dont la crainte émerge malgré les défenses narcissiques, sont aussi caractérisés par une distance tout aussi nécessaire. Par exemple, Élise parle de deux amitiés « exceptionnelles », l'une étant entretenue avec une dame qu'elle ne voit qu'une fois l'an puisqu'elle habite la Floride, et l'autre avec une correspondante européenne qu'elle n'a jamais rencontrée.

En fait, certains propos d'Élise au DIB-R soulèvent un questionnement quant à la possibilité que le rapprochement affectif intense soit en lien non seulement avec l'expérience d'angoisses d'abandon ou d'envahissement, mais représente aussi un risque d'expérience du registre psychotique en faisant vivre une angoisse fusionnelle, qui pourrait être considérée comme l'aboutissement extrême de la crainte d'intrusion-envahissement. Par exemple, dans la description très idéalisée qu'Élise fait de la seule relation de proximité soutenue qu'elle semble avoir pu entretenir dans sa vie, soit celle avec sa grand-mère maternelle à laquelle elle se dit très attachée, elle rapporte

des expériences surnaturelles « partagées » de magie noire et de télékinésie, activités qu'elle et sa grand-mère auraient pratiquées par le passé, ce qui n'était pas sans ajouter à ses angoisses. Ainsi, selon Élise, elle et sa grand-mère avaient le pouvoir de « jeter des sorts » à certaines personnes, ce qui nous porte à penser que le danger de contamination par un mauvais objet introduit de force dans le moi par autrui, danger possiblement inhérent au rapprochement relationnel intense, était déplacé à l'extérieur de la relation duelle avec la grand-mère. En fait, ce danger de contamination par le mauvais « sort » révèle à notre avis un fantasme d'identification projective-introjective, tel que décrit par Mélanie Klein dans la *Psychanalyse des enfants* (1972), et s'étaye sur des frontières du moi poreuses. En fait, ce genre de propos nous amène à nous demander si la proximité intense ne peut pas justement amener une certaine dissolution des frontières du moi qui, tout en étant présentes, semblent bel et bien poreuses.

Pour appuyer cette hypothèse, rapportons qu'Élise nous dit croire à la télépathie et semble rassurée en nous affirmant qu'elle-même est « imperméable » et qu'on ne peut savoir ce qu'elle pense. Également, elle rapporte des expériences de dépersonnalisation survenues après des séances de spiritisme en groupe, séances auxquelles elle ne s'adonne plus, mais dont l'évocation nous rappelle les symptômes d'agoraphobie rapportés au SCL-90-R. Finalement, Élise explique qu'il lui arrive de porter des talismans lorsqu'elle pressent qu'elle rencontrera de « mauvaises » personnes dans sa journée. Ce dernier élément semble aussi s'inscrire dans le cadre d'un fantasme d'identification projective-introjective et semble aussi servir à protéger de la contamination, voire de la destruction, par le(s) mauvais objet(s) projeté(s) qui pourraient être réintroduits de force dans le moi « en rétribution de la violence de la projection » (Klein, 1946, page 285).

Outre la présence de plusieurs pensées bizarres et d'expériences perceptuelles inhabituelles, d'autres indices au DIB-R appuient à notre avis l'hypothèse d'une fragilité que nous pourrions qualifier de psychotique chez Élise, terme que nous jugeons pertinent d'employer, même si elle ne rapporte pas clairement d'histoire de

symptômes francs de psychose (hallucinations ou délires). En fait, l'histoire d'Élise démontre que son jugement, son contact avec la réalité et ses perceptions peuvent être sans aucun doute altérés par moments. Ainsi, elle nous dit pouvoir être victime d'illusions, ayant souvent pris des ombres pour des personnes. Elle rapporte également certaines croyances qui pourraient être qualifiées de quasi délirantes, comme avoir cru que sa ligne téléphonique était sur écoute lorsque son père travaillait pour les services de renseignements canadiens, avoir pensé souffrir de problèmes cardiaques même si les médecins lui affirmaient le contraire, et craindre par moments la venue du nouveau millénaire, anticipant des cataclysmes et espérant faire partie des « survivants ». A notre avis, la présence de ces deux dernières préoccupations, qui n'ont toutefois jamais eu d'impact désorganisant sur le fonctionnement d'Élise, appuie l'hypothèse voulant que malgré la présence d'angoisses d'abandon et de rapprochement plus typiques d'une organisation limite de la personnalité, elle puisse par moments, probablement en période de grande vulnérabilité (vulnérabilité dont les facteurs précipitants n'ont pu tous être identifiés lors de la passation du DIB-R), être assaillie par des angoisses de mort, c'est-à-dire concernant le maintien de l'intégrité corporelle et psychique, angoisses de nature plus psychotique.

3.1.2.3 *Profil d'Élise au Rorschach*

Au plan quantitatif, d'après le système de cotation et d'interprétation d'Exner (voir annexe F-1), les résultats d'Élise mettent en lumière, comme cela fut le cas au SCL-90-R et au DIB-R, sa vulnérabilité à l'expérience dépressive (indice de dépression positif) et sa faible tolérance à l'angoisse, notamment aux expériences stressantes vécues dans le cadre des relations interpersonnelles (indice de déficit des habiletés de coping positif). A ce niveau, certains indices quantitatifs (voir feuille du *résumé structural*) semblent confirmer l'aspect conflictuel du fonctionnement psychique d'Élise, déjà soulevé dans notre discussion sur le DIB-R, à savoir la coexistence, au sein des relations, d'un grand désir de proximité affective (nombre élevé des réponses de texture ou T) et d'une certaine mise à distance de ces mêmes relations chargées affectivement (indice d'isolation sociale, ou Isolate/R, à la limite de la zone de

« normalité »). A cet effet, le résumé structural d'Élise révèle une tendance à être facilement et fortement mobilisée au plan affectif (indice lambda inférieur à la moyenne), ce qui pourrait amener une utilisation importante d'intellectualisation (indice d'intellectualisation, ou $2AB + (Art + Ay)$, supérieur à la moyenne), défense qui ne semble pas toujours efficace, afin de se protéger des effets désorganisant de l'expérience affective. Cet aspect désorganisant semble d'ailleurs rejoindre l'hypothèse que nous avons soulevée dans notre discussion sur les résultats d'Élise au DIB-R, à savoir que le rapproché relationnel peut être source d'un stress intense pour cette dernière et mettre en lumière une fragilité psychotique n'étant pas toujours décelable chez elle en entrevue.

En effet, une cote positive à la constellation schizophrénie, qui malgré sa dénomination n'indique pas nécessairement un désordre du même nom, révèle, par la présence d'inexactitudes perceptuelles (fréquence des réponses de qualité formelle ordinaire, ou $X+\%$, significativement inférieure à la moyenne) et l'émergence de processus primaires dans les réponses d'Élise (score pondéré de cotes spéciales, ou $WSum6$, significativement supérieur à la moyenne), la possibilité d'épisodes d'altération du contact avec la réalité. En fait, il n'est pas toujours aisé de bien distinguer à l'aide du seul test de Rorschach le fonctionnement franchement psychotique de la fragilité psychotique retrouvée chez certains états-limites (Acklin, 1992) puisque que face à un tel stimulus non structuré, ceux-ci ont tendance à régresser à un mode de pensée infiltrée de processus primaires (Kernberg, 1989a). Ainsi, chez les états-limites, la pensée apparaît comme souvent très pathologique au Rorschach, étant caractérisée par un « raisonnement déviant flamboyant et des processus associatifs » (Singer et Larson, 1981).

Dans le cas d'Élise, la fréquence et la somme pondérée élevées des cotes spéciales démontrent bien l'importance de la perturbation des processus de pensée. Au niveau des cotes spéciales pouvant dénoter une porosité des frontières du moi (Meloy et Singer, 1991), trois d'entre elles furent même cotées comme des contaminations, indices d'une dissolution momentanée, mais claire et « catastrophique » des frontières

du moi selon plusieurs auteurs (Wilson, 1985, Meloy et Singer, 1991). Si l'on ajoute à ces contaminations les cotes concernant des « combinaisons fabulées » (FABCOM), qui indiquent aussi selon les auteurs cités une porosité des frontières du moi, la question de la présence d'une pathologie psychotique peut commencer à se poser. Toutefois, nous observons que la majorité de l'ensemble des cotes spéciales (en excluant les contaminations), qui sont d'ailleurs fréquemment associées au diagnostic de structure limite de personnalité (Singer et Larson, 1981; Meloy et Singer, 1991; Acklin, 1993), demeurent de niveau 1, c'est-à-dire qu'elles ne dénotent pas la présence d'une perturbation majeure systématique. Également, au plan de la qualité formelle, seulement deux réponses d'Élise (sur trente-trois) ne tiennent que très peu compte du champ perceptuel (planche VI : réponse 13, et surtout planche IX : réponse 26), ce qui indiquerait davantage une tendance aux perceptions idiosyncratiques qu'une tendance aux distorsions franches de la réalité, bien que ce dernier type de distorsion semble pouvoir être possible (Exner, 1991).

En fait, c'est l'ensemble de l'analyse qualitative des réponses d'Élise au Rorschach qui nous amène, comme à la suite de l'administration du DIB-R, à opter encore pour une hypothèse de fonctionnement limite recelant une fragilité psychotique plutôt que pour une hypothèse de fonctionnement psychotique. Nous exposerons ici la compréhension que les réponses d'Élise au Rorschach nous permettent d'avoir au sujet de son fonctionnement intrapsychique.

D'abord, précisons que la dissolution plus ou moins importante des frontières du moi n'est pas omniprésente et semble apparaître particulièrement lorsque le stimulus présente certaines caractéristiques. Ainsi, cette menace de dissolution des frontières semble plus grande lorsqu'au plan symbolique (signification symbolique des planches d'après Tarrab et Pelsser, 1991), la planche peut évoquer une situation relationnelle, ou encore lorsqu'Élise attribue elle-même une signification relationnelle à la tâche présentée. En effet, comme le DIB-R, le Rorschach permet de faire l'hypothèse que l'expérience d'un rapproché relationnel peut être source d'angoisses fusionnelles et paranoïdes pour Élise.

Au plan qualitatif, nous trouvons donc que les réponses d'Élise révèlent des capacités d'adaptation à la réalité *relativement* adéquates (peut-être plus adéquates que ne le laissent supposer certains indices quantitatifs), c'est-à-dire empêchant l'émergence de processus psychotiques ou d'expérience dépressive, mais souvent au prix de la mise en place de défenses importantes (clivage, idéalisation, dévalorisation, intellectualisation). Toutefois, par moments, ces capacités d'adaptation ne suffisent plus à prévenir l'irruption de fantasmes franchement morbides et déstabilisants. Ainsi, nous observons à la fois son désir de rapprochement sur un mode plutôt infantile, comme en témoignent par exemple certaines réponses aux planches VI (deux furets collés corps contre corps) et VII (des profils d'enfants avec des chapeaux de lutin) et la nécessité d'aménager ces rapprochements sur un mode prudent et distant. Cette prudence pourrait être nécessaire afin de contrer non seulement une menace dépressive, comme le révèle entre autres son commentaire à l'apparition des planches de couleur («On arrive aux images de couleur, ça c'est le fun!»), mais aussi ce qui semble être pour Élise une menace d'attaque orale (Schafer, 1954), comme l'illustrent entre autres ses réponses à la planche II.

Ainsi, les « deux enfants en passe-montagne ...qui sont en communication » doivent peut-être se cacher de la sorte pour minimiser les effets de ce qui semble être un rapproché contrôlé, mais malgré tout infiltré d'agressivité orale, de ces « éclats » et « explosions » qui surviennent lors de leur « échange ». La réponse suivante, avec sa connotation à la fois intellectualisante et narcissique, laisse entrevoir la nécessité d'utiliser de telles opérations défensives pour mettre à distance ce risque d'attaque qui même s'il demeure ici figé dans un percept inanimé (l'écusson d'une famille), est bien palpable à l'évocation de ces « deux têtes de lion à la gueule ouverte ». A la planche V, l'émergence en processus primaires dans le cadre de la réponse du lapin avec des ailes derrière lesquelles se cachent des gueules de loup ouvertes se substitue à ce mode défensif et laisse voir de façon on ne peut plus claire la menace primitive d'attaque orale et le fantasme d'identification introjective qui l'accompagne (il y a un « danger pour ce lapin de se faire manger »), conséquence d'une projection de

l'avidité, voire de la rage orale d'Élise, qui apparaît dans la craquée verbale suivante :
« j'ai la gueule de loup ouverte ».

En fait, l'ensemble du protocole d'Élise au Rorschach nous paraît caractérisé, en partie, par des réponses révélant, dans leur versant le moins mésadapté, l'utilisation de défenses qui pourraient relever d'un registre narcissique, défenses associées au clivage (Chabert, 1987), telles que la dévalorisation (« un géant avec une tête de blaireau...ça a l'air d'une marionnette...qui fait plus rire qu'autre chose », planche IV) et une forme d'idéalisation qui semble s'attacher aux attributs phalliques des objets (planche IV : « un petit être qui soutient le géant...qui est petit, mais qui est beaucoup plus fort ». Planche VII : « des castors...il y a de la force dans sa queue » et « des têtes d'éléphants, la force et la mémoire...il y a domination sur le reste »). Ces défenses nous semblent souvent livrées d'une façon intellectualisée, Élise tentant d'y substituer la logique ou le rationnel à l'émotion en faisant par exemple preuve d'abstraction plus ou moins appropriée et en mettant l'accent sur les qualités intellectuelles ou esthétiques des objets perçus (Chabert, 1987), comme à la planche VII (« l'aura... la personne aurait du rayonnement...la tête a définitivement plus de place que le corps ») ou à la planche VIII dont la symbolique serait celle de la communication et de la réactivité affective et sociale (Tarrab et Pelsser, 1991) (« un bracelet...des touches de orange, bleu et rose...très beau »; « un chapeau de plumes, de théâtre... il y a beaucoup de *voluptué* »; « un médaillon... très beau bijou...comme deux anneaux pris l'un dans l'autre », dernier percept qui évoque encore une fois simultanément le rapproché quasi fusionnel et la mise à distance).

Bien qu'elles semblent arriver par moments à prévenir l'expérience d'émotions brutes associées à l'émergence violente de fantasmes relevant d'une problématique archaïque, ces défenses narcissiques ou intellectualisantes sont souvent mises en échec et semblent laisser Élise en proie à un désarroi profond. Nous avons déjà discuté de la menace dépressive associée à des angoisses de perte d'objet et des menaces d'attaque orale révélant un registre plus paranoïde de fonctionnement, menaces pouvant sous-tendre les tentatives défensives décrites plus haut. Toutefois,

quelques réponses d'Élise au Rorschach nous portent à croire qu'outre la possibilité d'une certaine altération de l'épreuve de la réalité, dans ce registre paranoïde, notamment lorsqu'il y a déploiement de projection et d'identification projective-introjective, une perte de cette épreuve de la réalité demeure une éventualité à envisager, dans le cadre de ce que nous pourrions qualifier de menace ultime, soit celle d'une perte des frontières du moi au sein d'un rapproché relationnel qui semble toujours pouvoir comporter un risque fusionnel.

Ainsi, à la planche III, dont la symbolique serait justement celle de la relation (Tarrab et Pelsser, 1991), Élise livre une réponse révélant à notre avis le risque d'expérience psychotique. En fait, de dire « des mains, des yeux, le cerveau, le cœur, les poumons » révèle d'une part, par la présence simultanée et aberrante d'éléments en lien avec l'intérieur et l'extérieur du corps, la présence d'identification projective (Chabert, 1987) et la dissolution des frontières entre réalité externe et interne, et d'autre part, met en lumière l'angoisse de morcellement. Aux prises avec l'angoisse, Élise tente donc de minimiser les effets de la dispersion en reprenant le « contrôle » de façon intellectuelle, en niant voir un cœur dans sa réponse, organe de l'affect s'il en est un, et en affirmant qu'il y a un lien entre le cerveau, organe des processus intellectuels, et les organes puisque celui-ci les « contrôle ». Malgré cela, la nécessité de dénier (Chabert, 1987) la relation demeure, madame n'arrivant pas à percevoir les humains à cette planche, persistant dans la perte de contact avec la réalité, en faisant à l'épreuve des limites des sortes d'hybrides humains-oiseaux.

A la planche IX, dont la symbolique serait celle qui se rattacherait le plus à la capacité d'établir une relation intime engageant l'affectivité profonde, en référence notamment au fait qu'elle évoquerait la relation archaïque à la mère (Tarrab et Pelsser, 1991), Élise donne une réponse révélant l'élément fusionnel inhérent à ce type de relation, élément qui paraît à la fois recherché parce qu'idéalisé et craint parce que porteur d'une menace de mort. Ainsi, dans cette réponse où l'adéquation à la réalité perceptuelle semble totalement secondaire (il est presque question d'un mouvement sans forme) et qui s'apparente à une certaine forme d'abstraction propre

à la pensée psychotique (ce qui n'était pas le cas des autres manifestations d'intellectualisation), ces « formes » qui s'avèrent finalement être « deux ventres » entre lesquels s'effectuent des « échanges » caractérisés par une « turbulence » font « un pont » ou créent un « passage », « un chemin de la vie vers la mort », vers « l'au-delà », issue morbide s'il en est une, mais dont le caractère profondément angoissant paraît nié par la référence à un état idéalisé de « sérénité ». Il est extrêmement difficile ici de ne pas penser, en référence à ces « ventres », à la relation foeto-maternelle à laquelle le retour pourrait apparaître à la fois extrêmement gratifiant, mais aussi terrorisant puisqu'il signifie la régression à un état d'indifférenciation somato-psychique et par conséquent, la perte de l'intégrité physique et psychique.

La suite des réponses démontre toutefois que malgré cette perturbation, Élise arrive le temps de quelques réponses à s'ajuster de nouveau à la réalité (les colibris, fleurs et araignées de la planche X), pour perdre de nouveau pied en livrant une réponse cotée comme une contamination, lorsqu'elle fusionne la haie et la chenille en « une chenille qui est une haie », réponse qui fait suite à l'évocation d'un rapproché relationnel (les hippocampes qui se touchent). Finalement, Élise termine le Rorschach par une réponse qui reflète, heureusement dirions-nous, le niveau de son fonctionnement qui semble le plus « adapté », c'est-à-dire caractérisé par l'utilisation de défenses plus narcissiques et se rapprochant d'une certaine forme d'intellectualisation. Ainsi, ce « masque très très beau et très très apprécié » semble cacher le caractère par moments profondément archaïque du monde interne d'Élise, qui d'ailleurs est peut-être perceptible dans l'ajout « d'insectes » qui s'y accrochent.

3.1.2.4 Profil d'Élise à la MTCM

A la suite de la cotation d'entrevues semi-structurées, le profil d'Élise à la MTCM (voir annexe F-1 pour résultats bruts) présente certaines similarités avec son profil au Rorschach. Ainsi, plusieurs cotes la situeraient au niveau quasi-quatre, soit narcissique, en ce qui a trait à la maturité de ses relations d'objet, c'est-à-dire

qu'Élise utiliserait des défenses et des résistances narcissiques pour contrer l'expérience d'un conflit de niveau trois, c'est-à-dire limite. Cependant, la présence de ces défenses et résistances ne suffit pas toujours, comme au Rorschach, à empêcher l'activation de ce dernier type de conflit, comme le démontrent plusieurs exemples où il y a manifestation d'un fonctionnement objectal propre au niveau état-limite et non narcissique. A ce portrait se greffent aussi certaines caractéristiques transférentielles orales régressées, ce qui suppose la présence d'une avidité, ou bien active, ou bien projetée.

Plus précisément, 42% des unités d'entrevues analysées révèlent la présence d'enjeux narcissiques et concernant l'estime de soi. Ainsi, des défenses et résistances narcissiques caractérisées par l'identification à un self grandiose et un besoin d'idéalisation de certains objets et relations afin d'éviter la régression à une dépendance recelant un risque de persécution (conflit de niveau trois) semblent jouer un rôle important (cotes QFANAR, QFAIDEA et QFNARGRAN : 27%). Par exemple, Élise peut décrire à un moment d'entrevue un lien privilégié et idéalisé à l'une de ses filles, son « soleil », enfant qu'elle décrira à un autre moment comme très avide, buvant sans arrêt lorsqu'elle l'allaitait, au point de l'épuiser et de lui faire faire une « dépression ». Toujours dans ce registre narcissique, nous remarquons aussi, dans une proportion moindre toutefois qu'au Rorschach, l'utilisation à quelques reprises d'opérations obsessionnelles (rationalisation, intellectualisation, isolation affective) comme défenses contre un conflit limite (cote QFAOBS : 2.7%). D'autres extraits d'entrevue révèlent aussi des enjeux concernant l'estime de soi, lorsqu'Élise se fait dévaluante, projetant la représentation de soi dévaluée sur autrui (cote ORALDEV : 4%), ou lorsqu'elle s'identifie à cette partie du soi dévaluée (cote ORALSDEV : 4%).

Par ailleurs, on remarque aussi chez Élise un fonctionnement qui pourrait être caractéristique de l'état-limite en raison de l'idéalisation primitive, souvent présente en entrevue, et des processus de clivage et d'identification projective qu'on y décèle également (cotes THRLPI, RTHRLPI, THRAPI, RTHRAPI, THRASP : 20.3% des

unités analysées). A ces éléments s'ajoute la présence d'enjeux oraux caractérisés par une rage avide et par l'envie, enjeux qui au niveau relationnel se manifestent notamment par des attaques ou des demandes agressives envers l'autre, demandes s'étayant sur un état de privation marquée (cotes ORALDEP, ORALCAN, ORALSAD et ORALENV : 20.3%). A d'autres moments toutefois, l'avidité orale d'Élise peut se trouver masquée par sa projection vers autrui, ce qui la soumet au danger d'être vidée, avalée, dévorée par l'objet (cote ORALPCAN : 5%).

La problématique analysée ici semble donc chevaucher des enjeux narcissiques, doublés d'une avidité orale bien palpable, et des enjeux limites, suite à l'observation de l'utilisation de mécanismes de défense primitifs, très présents dans les entrevues analysées. Il est à noter que dans le cadre des entrevues cotées, nous n'avons pas remarqué la présence d'éléments pouvant être associés à un fonctionnement de niveau un ou deux (psychotique). Il est possible que le caractère semi-structuré des entrevues réalisées et le fait qu'elles ne s'inscrivaient pas dans le cadre d'une psychothérapie (situation favorisant moins le déploiement du transfert) n'ait pas permis de mettre en lumière une fragilité psychotique telle que nous l'avons observée dans des situations plus provocantes, soit au Rorschach (caractère non structuré) et au DIB-R (questions directes). A cet effet, il aurait été intéressant par exemple de voir si dans une psychothérapie à long terme, les défenses narcissiques d'Élise auraient pu se maintenir.

3.1.2.5 *Profil d'Élise à la grille portant sur les états mentaux*

Finalement, à un autre niveau de cotation, soit celui des états mentaux d'Élise (voir annexe F-1 pour les résultats bruts), ils se caractérisent principalement par la présence marquée d'états de type réactif défensif de niveau bas (READB : 53% des unités d'entrevues analysées), en raison des nombreuses défenses primitives présentes dans le protocole. Ici, il est donc question 1) de processus mentaux inconscients (les défenses) qui sont mis en place en réaction à l'activation d'un conflit, processus que 2) le sujet ne semble pas en mesure de percevoir. Dans de telles sections d'entrevues,

Élise s'est donc avérée incapable de penser et d'observer sa propre activité mentale, en raison notamment de l'expérience d'affects intenses tendant à la décharge. D'ailleurs, lors des entrevues analysées, Élise n'obtient aucune cote révélant un état mental réflexif (REF) qui serait en lien avec une capacité d'auto-observation ou d'auto-analyse. Outre les cotes réactives défensives, la présence de pensée concrète s'avère la seconde dominante dans l'activité mentale d'Élise (cotes OBRC : 36.5%). Dans ces unités d'entrevues, Élise adopte une position détachée face à sa vie subjective, interne, comme si elle pouvait s'observer elle-même de l'extérieur. Cependant, la concrétude présente dans ce matériel dénué d'affectivité, contrairement à d'autres sections d'entrevues, semble révéler ses pauvres capacités représentatives ou encore une carence franche de symbolisation. Cette pensée n'offre pas de support à la sublimation et elle semble se situer à un niveau fonctionnel, nous renvoyant le plus souvent à la communication de la succession de faits vécus. Ici, parler devient en quelque sorte l'équivalent d'une décharge et la concrétude sans affectivité signe, autant que la présence de défenses primitives accompagnées d'affects intenses, les pauvres capacités de mentalisation d'Élise.

3.1.2.6 *Synthèse diagnostique*

Au plan structural, en accord avec les critères diagnostics de Kernberg (1989a et b) nous remarquons, au terme de l'analyse de l'ensemble des résultats aux tests administrés à Élise, la présence 1) d'opérations défensives de bas niveau, c'est-à-dire centrées autour du clivage, 2) d'un syndrome de diffusion de l'identité et 3) d'une épreuve de réalité généralement maintenue, bien que fragile. L'ensemble de ces caractéristiques intrapsychiques nous amène donc à poser un diagnostic **d'organisation limite de la personnalité**.

Concernant le *mode défensif privilégié*, l'analyse de nos résultats met en lumière à de multiples reprises l'utilisation marquée de clivage, d'idéalisation primitive, de dévalorisation et d'identification projective et l'absence assez frappante de

refoulement, les opérations défensives d'allure plus névrotique, comme l'intellectualisation, n'ayant pas pour but l'évitement d'un conflit névrotique.

Concernant le niveau d'*intégration de l'identité* d'Élise, la présence marquée et chronique d'affects contradictoires intenses et de comportements tout aussi contradictoires, en association à des représentations d'objet et de soi extrêmement fluctuantes, révèlent la présence d'un syndrome de diffusion de l'identité. Bien que certains éléments des entretiens analysés et des résultats de tests permettraient de supposer chez Élise l'identification à un self grandiose pathologique, caractéristique des organisations narcissiques, identification qui conférerait un certain caractère « intégré » à son concept de soi (Kernberg, 1989a), les nombreux épisodes dépressifs, parfois sévères, qu'elle rapporte, ainsi qu'une tendance aux affects dépressifs chroniques nous portent plutôt à croire qu'une représentation très dévaluée d'elle-même alterne fréquemment avec une autre plus idéalisée, dans un contexte d'instabilité au niveau de l'image de soi.

Finalement, en ce qui a trait à *l'épreuve de réalité*, l'histoire d'Élise tout comme ses résultats de tests révèlent qu'elle est en général plutôt adéquate, même si un risque de régression psychotique face à certains stress relationnels peut exister à notre avis. Un tel risque, nous en avons déjà discuté dans notre premier chapitre, peut se retrouver chez certains états-limites.

Au plan descriptif ou symptomatique, outre la présence de ce qu'il conviendrait d'appeler une « névrose polysymptomatique », telle que retrouvée chez les états-limites (Kernberg, 1989a et b), de cette organisation limite semble émerger un **trouble limite de la personnalité**, tel qu'observé au DIB-R, entrevue mettant d'ailleurs en lumière un profil semblable à celui décrit dans le DSM-IV. A ce trouble s'ajoutent des traits narcissiques prononcés, sans qu'il ne soit toutefois question d'après nous d'un trouble narcissique proprement dit. En effet, la description de ces patients narcissiques comme présentant moins de manifestations de faiblesse du moi que les patients limites correspond moins, à notre avis, au profil d'Élise que les

descriptions faites de l'instabilité des patients limites. Ainsi, toujours en comparaison avec un portrait limite, il est difficile dans le cas d'Élise de conclure à une adaptation sociale relativement bonne en lien avec une tolérance à l'angoisse, un contrôle pulsionnel souvent adéquat, un développement parfois efficace des voies de sublimation, une relative stabilité de l'image de soi et une difficulté, voire une incapacité à éprouver des angoisses d'abandon et des réactions dépressives, traits caractéristiques des patients narcissiques (DSM-IV, 1994; Kernberg, 1989a).

Au terme de cette évaluation, nous concluons donc qu'Élise présente une organisation limite de la personnalité sur laquelle se greffe un trouble limite de la personnalité. A cela s'ajoutent à notre avis des traits narcissiques et une vulnérabilité aux expériences psychotiques.

3.1.3 Expérience maternelle d'Élise

3.1.3.1 *Résultats d'Élise à l'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle (EASM)*

Concernant les résultats obtenus à l'EASM, rappelons les trois sous-échelles décrites dans la section « Méthodologie » de cette thèse, soit :

- 1) **l'anxiété de séparation** (nature des sentiments liés à la séparation et désir de proximité physique avec l'enfant);
- 2) **la perception des effets de la séparation sur l'enfant** (attitude quant à l'importance des soins exclusivement maternels, croyance quant à la capacité de l'enfant à s'adapter aux soins non maternels et à en bénéficier);
- 3) **les préoccupations face aux séparations dues à l'occupation d'un emploi**

Mentionnons également les résultats associés aux différents niveaux d'anxiété de séparation :

Résultats aux sous-échelles

de 7 à 16 = anxiété faible

de 17 à 25 = anxiété modérée

de 26 à 35 = anxiété élevée

Résultat global

de 21 à 49 = anxiété faible

de 50 à 77 = anxiété modérée

de 78 à 105 = anxiété élevée

Première enfant : Annie, 7 ans			
Sous-échelle 1	Sous-échelle 2	Sous-échelle 3	Score global
12 (faible)	17 (modérée)	26 (élevée)	55 (modérée)
Deuxième enfant : Catherine, 5 ans			
Sous-échelle 1	Sous-échelle 2	Sous-échelle 3	Score global
11 (faible)	18 (modérée)	27 (élevée)	56 (modérée)
Troisième enfant : Thomas, 2 ans 6 mois			
Sous-échelle 1	Sous-échelle 2	Sous-échelle 3	Score global
15 (faible)	18 (modérée)	25 (modérée)	58 (modérée)

Tableau I : Résultats d'Élise à l'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle (résultats à chaque sous-échelle et résultat global)

Globalement, le tableau I révèle qu'Élise rapporte une anxiété de séparation modérée à l'EASM, et ce pour chacun de ses enfants. La séparation dans l'éventualité d'occuper un emploi (sous-échelle 3) semble être celle qui fait vivre le plus d'anxiété à Élise. Ainsi, lorsqu'elle envisage d'autres situations de séparations, Élise rapporte ressentir une faible anxiété (sous-échelle 1), bien qu'elle se dise modérément préoccupée des effets de la séparation sur ses enfants (sous-échelle 2). La comparaison entre les trois enfants ne met pas en évidence de différence marquée, sinon la possibilité qu'Élise ressente un peu plus d'anxiété lorsqu'elle se sépare de son fils cadet que de ses filles (sous-échelle 1).

Pour conclure, notons que ces résultats d'Élise à l'EASM ne semblent pas mettre en lumière une anxiété de séparation significativement élevée au sein de la relation entre Élise et ses enfants, donnée souvent associée à la maternité chez les états-limites. Rappelons-nous toutefois, comme nous l'avons mentionné dans la section "Méthodologie" de cette thèse, que nous devons pour l'instant demeurer prudente dans l'interprétation de ces résultats quantitatifs, les études ayant servi à établir les

barèmes délimitant les différents niveaux d'anxiété de séparation à l'EASM ayant été effectuées auprès de très jeunes enfants. Nous reprendrons cependant, dans notre section "Discussion", certains extraits de verbatim obtenus lors de la passation de ce questionnaire afin d'étayer nos hypothèses.

3.1.3.2 Résultats d'Élise à L'Indice de Stress Parental (ISP)

Le tableau II (voir page suivante), révèle que dans la relation avec sa fille aînée, le stress total vécu par Élise (score de 259) atteint presque le niveau de signification clinique (score de 260, entre le 75^e et le 80^e rang centile). Ainsi, le stress global d'Élise paraît élevé et pourrait mettre en lumière un système parent-enfant à risque pour le développement de pratiques parentales négligentes ou hostiles à l'égard de l'enfant (Bigras, Lafrenière et Abidin, 1996). Certaines caractéristiques d'Annie, telles que perçues par Élise, semblent contribuer au stress global, alors que plusieurs caractéristiques propres au fonctionnement maternel semblent être des sources de stress. Notons d'ailleurs que le résultat total des rubriques du domaine de l'enfant demeure dans la normalité (55^e rang centile), alors que le résultat total des rubriques du domaine du parent est supérieur au 85^e rang centile, soit significativement élevé.

En ce qui concerne les rubriques du domaine de l'enfant (voir tableau II page suivante), nous observons que toutes sauf une (c'est-à-dire la rubrique d'acceptabilité) reçoivent un score les situant dans la normalité (entre le 15^e et le 85^e rang centile). Ainsi, Élise peut reconnaître des qualités à sa fille aînée, tel que démontré par les scores obtenus aux rubriques d'hyperactivité, d'adaptabilité, de renforcement, d'exigences et d'humeur. Malgré cela, il est intéressant de constater qu'Annie est considérée comme une enfant qui ne correspond pas aux attentes de sa mère, n'étant semble-t-il pas l'enfant qu'elle aurait souhaité ou imaginé avoir (rubrique d'acceptabilité se situant au 80^e rang centile). Un tel résultat peut d'ailleurs révéler un rejet conscient ou non de l'enfant par le parent (Bigras, Lafrenière et Abidin, 1996).

PSI Profile

%ile	Résultats bruts														%ile		
	Domaine de l'enfant							Domaine du parent									
	HY	AD	RE	EX	HU	AC	CO	IS	AT	SA	RO	DP	RC				
99+	38	42	20	36	20	25	167	45	25	23	23	30	37	31	190	336	99+
95	33	38	16	29	17	20	140	41	20	20	19	27	32	28	166	306	95
90	30	34	14	27	16	17	131	38	18	18	17	25	28	26	157	284	90
85	29	32	13	25	15	16	125	37	17	17	16	23	26	24	151	270	85
80	28	31		24	14	15	120	36	16			22	25		145	264	80
75	27	30	12	23	13		116	35		16	15	21	24	22	143	253	75
70	26			22		14	112	33	15			23	21	139	248	70	
65	25	29	11	21	12		109	32		15	14	20		20	135	244	65
60	24	28				13	106		14				22		132	238	60
55				20	11	12	103	31		14	13	19	21	19	129	233	55
50	23	27	10				100	29	13			18	20	18	125	226	50
45	22	26		19		11	98			13	12	17			122	222	45
40			9		10		95	28	12				19	17	119	216	40
35	21	25		18		10	93	27				16		16	116	211	35
30		24	8	17	9		90	26	11	12	11	15	18		112	206	30
25	20	23		16		9	88	25	10	11			17	15	109	198	25
20	19	22		15	8		85	24	9		10	14	15	13	104	190	20
15	18	21	7	14		8	82	23		10	9	13	14	12	101	184	15
10	17	20		13	7		79	22	8	9	8	12	12	11	94	176	10
5	16	18		12	6		72	20	7	8	7	10	11	9	84	163	5
1	13	14	6	10	5	7	62	17	6	7	6	9	9	7	73	139	1

Résultats bruts	26	22	10	21	10	15	104	34	11	14	14	26	28	28	155	259
	HY	AD	RE	EX	HU	AC		CO	IS	AT	SA	RO	DP	RC		
	<i>Hyperactivité</i>	<i>Adaptabilité</i>	<i>Renforcement</i>	<i>Exigences</i>	<i>Humeur</i>	<i>Acceptabilité</i>	<i>Domaine de l'enfant</i>	<i>Compétence</i>	<i>Isolement</i>	<i>Attachement</i>	<i>Santé</i>	<i>Restriction des rôles</i>	<i>Dépression</i>	<i>Relation conjugale</i>	<i>Domaine du parent</i>	<i>Stress Total</i>

Tableau II : Résultats d'Élise à l'Indice de Stress Parental (1^{ère} enfant)

Au chapitre du fonctionnement parental (voir tableau II page précédente) nous observons un résultat très élevé (90^e rang centile) à l'échelle de dépression, suggérant la présence d'affects dépressifs significatifs chez Élise et indiquant qu'il peut lui être difficile de mobiliser l'énergie physique et psychologique nécessaire afin de remplir ses responsabilités parentales face à sa fille (Bigras, Lafrenière et Abidin, 1996). Notons que ces affects, déjà observés au SCL-90-R, au DIB-R et au Rorschach, étaient présents lors de la période post natale (questions 81 et 83 de l'ISP). Présentement, ils semblent pouvoir être associés à des remords causés par les sentiments ressentis à l'égard d'Annie (question 79), notamment la colère (question 82). Il est possible que le fait qu'Élise dise beaucoup souffrir des restrictions personnelles imposées par son rôle parental (score entre le 90^e et le 95^e rang centile à l'échelle de restriction des rôles) et recevoir peu de soutien de son conjoint (résultat à l'échelle relation conjugale au 95^e rang centile) pour la supervision et l'éducation de sa fille contribue à son état dépressif et à son niveau de stress.

Notons que malgré ces sources de stress, Élise se reconnaît encore un certain sentiment de compétence dans l'exercice de son rôle parental (échelle de compétence entre le 70^e et le 75^e rang centile), même si elle dit avoir grandement douté de ses compétences lors de la période post-natale (question 28). De plus, Élise dit sentir un attachement entre elle et sa fille (échelle d'attachement au 55^e rang centile), même si elle reconnaît que leur rapport n'est pas aussi chaleureux qu'elle le désirerait (question 63). Ces derniers éléments de sentiment de compétence et d'attachement représentent peut-être des facteurs de protection de cette relation entre Élise et sa fille, relation qui dans l'ensemble paraît pouvoir être soumise à des tensions importantes.

Le tableau III (voir page suivante) révèle que dans la relation avec sa seconde fille, le stress total vécu par Élise (score de 241, entre le 60^e et le 65^e rang centile) se situe dans la zone de normalité, tout comme le stress relié aux rubriques du domaine de l'enfant (entre le 50^e et le 55^e rang centile) et aux rubriques du domaine du parent (70^e rang centile).

PSI Profile

%ile	Résultats bruts														%ile		
	Domaine de l'enfant						Domaine du parent										
	HY	AD	RE	EX	HU	AC	CO	IS	AT	SA	RO	DP	RC				
99+	38	42	20	36	20	25	167	45	25	23	23	30	37	31	190	336	99+
95	33	38	16	29	17	20	140	41	20	20	19	27	32	28	166	306	95
90	30	34	14	27	16	17	131	38	18	18	17	25	28	26	157	284	90
85	29	32	13	25	15	16	125	37	17	17	16	23	26	24	151	270	85
80	28	31		24	14	15	120	36	16			22	25		145	264	80
75	27	30	12	23	13		116	35		16	15	21	24	22	143	253	75
70	26			22		14	112	33	15			23	21	139	248	70	
65	25	29	11	21	12		109	32		15	14	20	20	135	244	65	
60	24	28				13	106		14			22		132	238	60	
55				20	11	12	103	31		14	13	19	21	129	233	55	
50	23	27	10				100	29	13			18	20	125	226	50	
45	22	26		19		11	98			13	12	17		122	222	45	
40			9		10		95	28	12			19	17	119	216	40	
35	21	25		18		10	93	27				16		116	211	35	
30		24	8	17	9		90	26	11	12	11	15	18	112	206	30	
25	20	23		16		9	88	25	10	11		17	15	109	198	25	
20	19	22		15	8		85	24	9		10	14	15	104	190	20	
15	18	21	7	14		8	82	23		10	9	13	14	12	101	184	15
10	17	20		13	7		79	22	8	9	8	12	12	11	94	176	10
5	16	18		12	6		72	20	7	8	7	10	11	9	84	163	5
1	13	14	6	10	5	7	62	17	6	7	6	9	9	7	73	139	1

Résultats bruts	27	23	12	20	11	9	102	31	10	12	10	25	27	24	139	241
	HY	AD	RE	EX	HU	AC		CO	IS	AT	SA	RO	DP	RC		
	Hyperactivité	Adaptabilité	Renforcement	Exigences	Humeur	Acceptabilité	Domaine de l'enfant	Compétence	Isolement	Attachement	Santé	Restriction des rôles	Dépression	Relation conjugale	Domaine du parent	Stress Total

Tableau III : Résultats d'Élise à l'Indice de Stress Parental (2è enfant)

En ce qui concerne les rubriques du domaine de l'enfant (voir tableau III page précédente), nous observons que toutes affichent un résultat les situant dans la normalité et que dans l'ensemble, Catherine est jugée comme possédant diverses qualités correspondant aux attentes d'Élise (échelle d'acceptabilité au 25^e rang centile), malgré certains traits pouvant être des sources de stress. Ainsi, mentionnons que les résultats aux échelles d'hyperactivité et de renforcement s'élèvent tout de même au niveau du 75^e rang centile, révélant qu'Élise perçoit Catherine comme une enfant assez turbulente et qui ne la gratifie pas toujours comme elle s'y attendrait dans son rôle de mère. Ces représentations qu'Élise se fait de sa fille peuvent être le résultat de difficultés comportementales objectives chez Catherine, mais révéler aussi des attentes parentales par moments élevées étant donné l'âge de l'enfant et/ou un manque d'énergie du parent pour faire face aux demandes "normales" d'un enfant, comme cela est le cas pour un parent déprimé (Bigras, Lafrenière et Abidin, 1996).

A ce sujet, nous observons d'ailleurs, comme dans le cas de la relation d'Élise avec son aînée, une élévation significative des résultats aux échelles de dépression (entre le 85^e et le 90^e rang centile), de restriction des rôles (90^e rang centile) et de relation conjugale (85^e rang centile) (voir tableau III, page précédente). Ces résultats révèlent des difficultés propres au fonctionnement parental, mais qui peuvent avoir un impact sur le lien parent-enfant.

Notons qu'ici aussi, des affects dépressifs sont rapportés lors de la période post-natale (voir tableau III page précédente) et semblent pouvoir présentement découler de remords causés par la présence de sentiments jugés répréhensibles à l'endroit de Catherine. Heureusement, Élise rapporte encore se sentir malgré tout compétente comme mère face à Catherine et avoir ressenti cette compétence dès la période post-natale (échelle de compétence au 55^e rang centile). D'ailleurs, elle rapporte ressentir un attachement plus marqué avec Catherine qu'avec son aînée (échelle d'attachement au 30^e rang centile). Ces derniers éléments peuvent ici aussi être des facteurs de protection de la relation entre Élise et Catherine, relation qui dans l'ensemble, paraît être source d'un stress moindre que celle entretenue avec l'aînée.

Le tableau IV (voir page suivante) révèle que dans la relation avec son fils cadet, le stress total vécu par Élise (score de 223, entre le 45^e et le 50^e rang centile) se situe dans la zone de normalité, tout comme le stress relié aux rubriques du domaine de l'enfant, qui s'avère plutôt faible (entre le 20^e et le 25^e rang centile), et aux rubriques du domaine du parent (entre le 65^e et le 70^e rang centile).

Au sujet des rubriques du domaine de l'enfant (voir tableau IV page suivante), Thomas est dans l'ensemble décrit positivement par sa mère qui le perçoit comme correspondant à ses attentes (échelle d'acceptabilité au 25^e rang centile). Ainsi, Élise se le représente comme un enfant faisant preuve d'une très grande souplesse au quotidien, (échelle d'adaptabilité au 10^e rang centile), affichant une très bonne humeur (échelle de l'humeur au 20^e rang centile) et étant modérément actif (échelle d'hyperactivité au 35^e rang centile) et exigeant (échelle d'exigences au 55^e rang centile). De plus, Thomas est décrit comme renforçant positivement Élise dans son rôle de mère (échelle de renforcement au 30^e rang centile).

Au niveau des rubriques du domaine du parent (voir tableau IV page suivante), il est possible que le fort attachement d'Élise à son fils (échelle d'attachement au 15^e rang centile) soit en lien avec tous ces traits positifs attribués à celui-ci. Ceux-ci n'empêchent toutefois pas Élise de rapporter encore un très fort sentiment de privation personnelle relié à l'exercice de son rôle parental (échelle de restriction des rôles entre le 90^e et le 96^e rang centile), tout comme un état dépressif encore inquiétant (échelle de dépression au 90^e rang centile). Encore une fois, des affects dépressifs sont rapportés lors de la période post natale, et peuvent actuellement être entre autres associés à une culpabilité ressentie lorsqu'il y a expression de colère envers l'enfant. Notons toutefois qu'Élise rapporte une implication paternelle beaucoup plus importante dans l'éducation de Thomas que dans celle de ses filles (échelle de relation conjugale au 40^e rang centile), ce qui ne peut qu'influencer positivement cette relation mère-fils.

PSI Profile

%ile	Résultats bruts														%ile		
	Domaine de l'enfant						Domaine du parent										
	HY	AD	RE	EX	HU	AC	CO	IS	AT	SA	RO	DP	RC				
99+	38	42	20	36	20	25	167	45	25	23	23	30	37	31	190	336	99+
95	33	38	16	29	17	20	140	41	20	20	19	27	32	28	166	306	95
90	30	34	14	27	16	17	131	38	18	18	17	25	28	26	157	284	90
85	29	32	13	25	15	16	125	37	17	17	16	23	26	24	151	270	85
80	28	31		24	14	15	120	36	16			22	25		145	264	80
75	27	30	12	23	13		116	35		16	15	21	24	22	143	253	75
70	26			22		14	112	33	15			23	21	139	248	70	
65	25	29	11	21	12		109	32		15	14	20	20	135	244	65	
60	24	28				13	106	31	14			22		132	238	60	
55				20	11	12	103	31		14	13	19	21	19	129	233	55
50	23	27	10				100	29	13			18	20	18	125	226	50
45	22	26		19		11	98			13	12	17			122	222	45
40			9		10		95	28	12				19	17	119	216	40
35	21	25		18		10	93	27				16		16	116	211	35
30	24	24	8	17	9		90	26	11	12	11	15	18		112	206	30
25	20	23		16			88	25	10	11			17	15	109	198	25
20	19	22		15	8		85	24	9		10	14	15	13	104	190	20
15	18	21	7	14		8	82	23		10	9	13	14	12	101	184	15
10	17	20		13	7		79	22	8	9	8	12	12	11	94	176	10
5	16	18		12	6		72	20	7	8	7	10	11	9	84	163	5
1	13	14	6	10	5	7	62	17	6	7	6	9	9	7	73	139	1

Résultats bruts	21	20	8	20	8	9	86	32	12	10	12	26	28	17	137	223
	HY	AD	RE	EX	HU	AC		CO	IS	AT	SA	RO	DP	RC		
	Hyperactivité	Adaptabilité	Renforcement	Exigences	Humeur	Acceptabilité	Domaine de l'enfant	Compétence	Isolement	Attachement	Santé	Restriction des rôles	Dépression	Relation conjugale	Domaine du parent	Stress Total

Tableau IV : Résultats d'Élise à l'Indice de Stress Parental (3è enfant)

En conclusion, l'ensemble des résultats d'Élise à l'Inventaire de Stress Parental permet de formuler l'hypothèse que sa relation avec sa fille aînée est la plus stressante, la plus conflictuelle, et la plus à risque de donner lieu à des pratiques parentales inappropriées, telles que la négligence ou le rejet plus ou moins subtil ou hostile. Dans le même ordre d'idées, nous pouvons dire que la relation entre Élise et son fils cadet semble être la moins à risque de donner lieu à de telles pratiques parentales.

Toutefois, nos résultats nous invitent à ne pas écarter pour aucun enfant le risque qu'Élise adopte par moments des comportements de l'ordre de l'agressivité, du rejet ou de la négligence, étant donné certaines sources de stress très importantes qui sont à l'œuvre dans sa relation avec tous ses enfants. Ainsi, nous pouvons nous inquiéter de l'impact de sa souffrance dépressive en général, qui n'est probablement pas à dissocier de son trouble de personnalité limite, mais aussi de l'impact de sa souffrance découlant des restrictions personnelles imposées par le rôle maternel "normal", face à des enfants perçus somme toute comme "normaux". Ainsi, malgré le fait qu'aucun enfant d'Élise ne soit décrit comme particulièrement "difficile", cette dernière se sent complètement sous la domination de leurs besoins et désirs, perception qui elle non plus n'est peut-être pas à dissocier du trouble de personnalité d'Élise.

Au plan du soutien social en général, l'impact négatif de la faible implication du conjoint d'Élise dans l'éducation de ses filles, faible implication peut-être en lien avec des difficultés conjugales, est également un élément pouvant augmenter la tension ressentie quotidiennement au contact de ses enfants. Toutefois, notons que par ailleurs, Élise rapporte pouvoir facilement obtenir du soutien d'autres personnes (échelles d'isolement social entre le 15^e et le 30^e rang centile pour les trois enfants). En entrevue, elle parle d'ailleurs abondamment du soutien obtenu par différents membres de la communauté (personnel de l'école fréquentée par ses filles, intervenants du centre communautaire, personnel travaillant à l'église, gardiennes embauchées régulièrement) et par ses beaux-parents. En ce sens, l'isolement social,

qui prend plutôt la forme ici de manque de soutien conjugal et/ou encore de difficultés conjugales, n'est peut-être pas un facteur aussi important que le trouble de personnalité affiché par Élise pour expliquer le stress ressenti par cette dernière dans son rôle de mère.

3.1.3.3 Résultats suite à la cotation des entrevues effectuées avec Élise

Les figures 2, 3 et 4 présentent les résultats de notre analyse de contenu (voir annexe G-1 pour la classification des extraits d'entrevues).

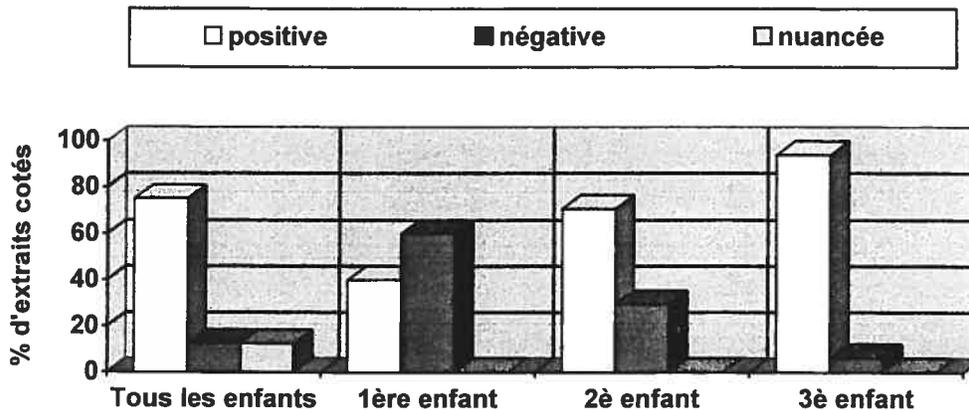


Figure 2 Élise : Représentations de l'ensemble des enfants et de chaque enfant (en pourcentage d'extraits d'entrevue cotés)

Les résultats à la figure 2 suggèrent qu'Élise ne perçoit pas tous ses enfants de la même façon. Ainsi, son discours au sujet de sa fille aînée laisse entrevoir une tendance à lui attribuer davantage d'attributs négatifs que positifs (60% de cotes négatives), bien qu'elle fasse mention de certains attributs positifs en parlant de cette enfant (40% de cotes positives). Comparativement à Annie, Catherine et Thomas se voient attribuer, dans les passages analysés, beaucoup plus d'attributs positifs que négatifs (respectivement 70.6% et 93.8% de cotes positives). Dans l'ensemble, l'aînée est donc décrite la plus négativement, alors que le cadet est décrit très positivement, ce qui n'est pas sans rappeler les résultats obtenus à l'Inventaire de Stress Parental.

Par ailleurs, lorsqu'Élise parle de ses enfants en général (voir figure 2 page précédente), le nombre de représentations positives est nettement supérieur aux négatives (75% des cotes versus 12.5%). Cette présence dominante des descriptions positives pourrait laisser entendre que certains attributs positifs supplémentaires peuvent être reconnus chez l'aînée. Notons que 12.5% des passages du discours d'Élise lorsqu'elle parle de ses enfants en général se voient attribuer une cote de « représentation nuancée », contre 0% dans le cas des extraits portant sur chaque enfant séparément. Cette dernière observation pourrait laisser croire en une difficulté d'Élise à mettre en perspective ou à relativiser un trait au départ jugé négativement.

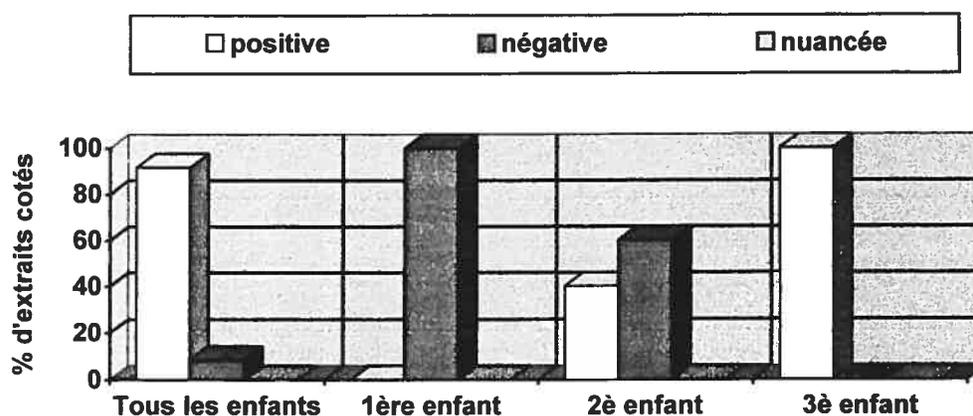


Figure 3 Élise : Représentations de soi en tant que mère avec l'ensemble des enfants et avec chaque enfant (en pourcentage d'extraits d'entrevue cotés)

La figure 3 paraît démontrer qu'Élise se juge différemment comme mère avec chacun de ses enfants et qu'encore une fois, la relation avec sa fille aînée est la plus problématique. Toutefois, nous devons rapporter ces résultats en y mettant un important bémol puisque très peu d'extraits d'entrevues furent classés sous la rubrique « représentation de soi en tant que mère » pour chaque enfant en particulier. Ainsi, dans la description qu'Élise fait d'elle-même comme mère de son aînée, la totalité de ses propos (100% de cotes négatives, n=4) révèlent le sentiment d'être inadéquate. Toutefois, ces propos ne sont pas en lien avec la relation qu'elle a actuellement avec sa fille, mais bien avec celle qu'elle a eu lorsqu'elle était un nourrisson, période qui fut très conflictuelle pour Élise (comme elle le rapportait d'ailleurs aux échelles de compétence et de dépression de l'Indice de Stress Parental,

voir tableau II, page 84) et sur laquelle nous reviendrons dans le cadre de notre section « Discussion ». Avec sa seconde fille, Élise semble encore porter un jugement davantage négatif que positif sur ses capacités maternelles (60% de cotes négatives contre 40% de cotes positives, n=5), mais ici encore, ce jugement négatif concerne la période post-natale de la relation avec Catherine, ce qui nous rappelle encore les résultats à l'Indice de Stress Parental. Dans la relation avec le cadet, deux extraits seulement sont analysés et se voient attribuer une cote positive.

Retenons finalement que lorsqu'Élise porte un jugement global sur ses capacités maternelles avec l'ensemble de ses enfants (voir figure 3 page précédente), le portrait qui se dégage est très majoritairement positif (91.7% de cotes positives contre 8.3% de cotes négatives). Le nombre d'extraits cotés ici étant plus nombreux (n=12) que précédemment et portant davantage sur la relation qu'Élise entretient présentement avec ses enfants, il nous est permis de croire qu'elle s'attribue probablement aussi certaines qualités dans la relation avec son aînée, même si ces qualités ne semblent pas concerner le lien particulier avec cette enfant. Également, nous pouvons croire que malgré les difficultés rencontrées par Élise lors de certaines périodes post natales, difficultés sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement, celle-ci s'accorde présentement un certain sentiment de compétence dans son rôle maternel.

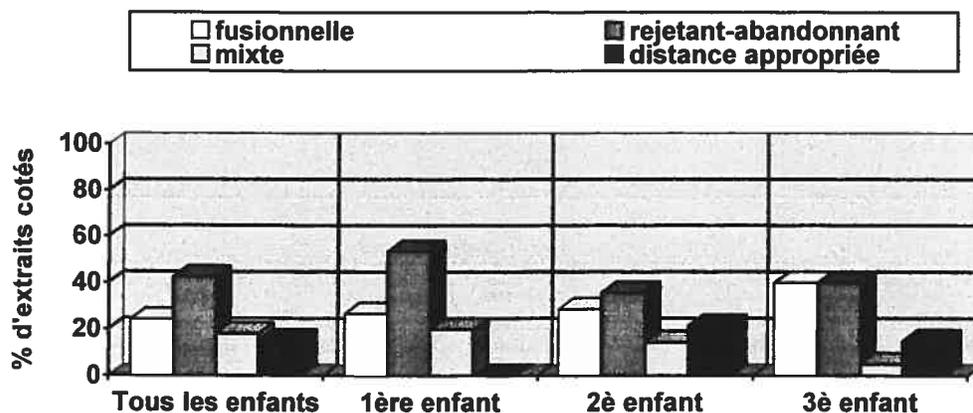


Figure 4

Élise : Représentations de la relation mère-enfant avec l'ensemble des enfants et avec chaque enfant (en pourcentage d'extraits d'entrevue cotés)

Cette dernière hypothèse serait encore une fois en accord avec les résultats obtenus pour chacun de ses enfants à l'échelle de compétence maternelle de l'Inventaire de Stress Parental.

Finalement, les résultats à la figure 4 (voir page précédente) démontrent que lorsqu'Élise discute de sa relation avec l'ensemble de ses enfants, c'est en des termes traduisant avant tout son aspect rejetant-abandonnant (42.4.7% des cotes contre 24.2% de cotes fusionnelles), ce qui suppose que de l'agressivité se manifeste de façon significative envers chacun de ses enfants, même envers le cadet qui jusqu'à maintenant paraît être le « préféré ».

D'ailleurs, dans le discours d'Élise au sujet de son fils, 40% des cotes révèlent un aspect rejetant, donc hostile, de la relation, aspect aussi important que le fusionnel qui lui aussi concerne 40% des extraits. Lorsque Élise discute du lien avec sa seconde fille, les extraits se voyant attribuer une cote fusionnelle ont également un poids presque équivalent aux extraits révélant une attitude rejetante (28.6% des cotes contre 35.7% des cotes). Toutefois, en ce qui concerne la relation avec l'aînée, l'aspect rejetant est nettement dominant dans le discours (53.3% des cotes contre 26.7% de cotes fusionnelles), plus important en fait que chez les autres enfants, appuyant encore l'hypothèse qu'il s'agit de la relation la plus teintée d'agressivité. D'ailleurs, nous observons qu'en ce qui concerne cette relation spécifique avec Annie, aucun extrait n'entrevue ne révèle une capacité d'Élise à établir une distance appropriée avec cette enfant. Ainsi, face à Annie, Élise semble adopter des attitudes clivées fusionnelles et surtout rejetantes, ou encore être l'objet d'un conflit entre ces deux tendances (20% de cotes mixtes) qui paraissent pouvoir s'exprimer simultanément. Les propos d'Élise semblent toutefois révéler qu'avec ses autres enfants, une certaine empathie dans le cadre d'une distance relationnelle appropriée demeure possible (21.4% de cotes de distance appropriée avec Marie et 15% de ces cotes avec Thomas).

Pour conclure brièvement, nous pouvons dire que la question de la gestion de la distance relationnelle dans la relation mère-enfants semble être cruciale pour Élise. Cette observation paraît en accord avec ce que nous apprend la littérature portant sur la maternité chez les états-limites. Toutefois, pour Élise, l'aspect rejetant-abandonnant semble être une donnée fondamentale teintant la relation avec tous ses enfants, même avec le cadet qui semble être le « préféré ». D'ailleurs, en général, l'aspect rejetant tient plus de place dans les propos d'Élise que l'aspect fusionnel, même si celui-ci est mis en lumière avec tous les enfants. Cette dernière observation pourrait contredire les informations provenant de cette littérature portant sur l'expérience maternelle des états-limites, tout dépendant de ce qui motive les mouvements rejetants chez Élise (la crainte de l'abandon, comme l'affirme une majorité d'auteurs consultés, ou la crainte du rapprochement, hypothèse qui demeure à investiguer). Ce dernier aspect sera abordé dans notre section « Discussion », après que nous ayons présenté les résultats de l'autre mère à l'étude, soit Carole.

3.2 Sujet no. 2 : Carole

3.2.1 Histoire personnelle de Carole

Carole, 32 ans, habite avec son conjoint depuis 9 ans, un homme qu'elle méprise ouvertement, en raison de "*son flegmatisme et son manque d'envergure*". Cet homme est toutefois décrit comme un père adéquat, plus près de leurs enfants qu'elle-même. Le couple a deux garçons, Philippe, 4ans et demi et Charles, 18 mois. Carole étudie en littérature à l'université à temps plein. Son fils aîné fréquente une garderie, le cadet étant gardé le jour par son père à la maison, ce dernier travaillant le soir dans la restauration. Bientôt toutefois, le fils cadet doit intégrer une garderie à temps plein. Notons qu'au début de l'expérimentation, Carole dit vivre de l'anxiété en raison de sa situation financière, le revenu annuel du couple n'étant que de 50 000\$. Carole exprime que ce revenu est bien maigre compte tenu de l'hypothèque, du prêt automobile et des dépenses courantes à payer.

Comme sa vie actuelle, le passé de Carole révèle de nombreuses insatisfactions. De sa propre histoire, Carole rapporte que lorsqu'elle n'avait que six mois, elle fut "*mise en pension à la semaine*" chez une tante, puis chez une dame rémunérée pour la garder de l'âge de trois ans (moment de la séparation de ses parents) à onze ans. Sa mère poursuivait une carrière de professionnelle et ne voyait Carole que les fins de semaine. Cette dernière garde un souvenir très douloureux de son enfance. Ainsi, elle nous dit :

"L'enfance c'est ennuyeux, c'est long, on attend. J'attends du lundi au vendredi pour aller chez ma mère et finalement, il ne s'y passe rien. La fin de semaine, elle ne s'occupait pas de moi. Elle a payé pour mon éducation et les soins qu'on m'a donnés et j'ai l'impression aujourd'hui que je n'ai absolument rien reçu d'elle."

Aujourd'hui, Carole dit être "*en temps de paix*" avec sa mère, notamment parce qu'elle tient absolument à préserver la relation que cette dernière entretient avec ses petits-fils, qu'elle voit régulièrement. Toutefois, cela ne l'empêche pas de dire de sa mère :

"Je ne comprends pas pourquoi elle n'a pas tenu à garder le lien avec moi. Je suis excessivement choquée de son attitude, je peux en pleurer, en pleurer! Je trouve ça épouvantable! Je lui ai dit que quand elle serait vieille, je la placerais et j'irais la chercher les fins de semaine. J'ai beaucoup, beaucoup de rancune, je n'arrive pas à cicatriser ça."

Vers la fin de notre expérimentation avec Carole, sa mère est décédée d'un cancer s'étant subitement déclaré quelques semaines plus tôt. Contrairement à ses propres prédictions, Carole a visité assidûment sa mère durant son court séjour à l'hôpital. Notons qu'elle a hérité d'une somme d'argent décrite comme considérable, suffisante pour ne plus avoir aucun souci financier, voire même pour qu'un changement important de son mode de vie soit envisagé.

Avec son père, un homme “*frivole, irresponsable, menteur et superficiel*”, Carole n’a plus de contacts. Durant les vingt dernières années, elle ne l’a vu qu’une fois, à l’occasion de la naissance de son fils aîné. Les ponts sont également coupés entre elle et le couple l’ayant élevée pendant huit ans, des gens avec qui il y avait “*de l’attachement mais pas d’amour*” et dont elle a tendance à parler avec mépris. Une seule personne semble en fait trouver grâce aux yeux de Carole, soit sa grand-mère maternelle, qu’elle visitait souvent lorsqu’elle était enfant et qui lui aurait prodigué de l’affection. Toutefois, Carole dit s’en être éloignée durant son adolescence, période trouble qui fut notamment ponctuée de comportements d’opposition, de consommation de drogues et d’un avortement.

Depuis quelques mois, Carole a entrepris une psychothérapie, afin dit-elle de se “*libérer*” de son enfance et de devenir une mère plus adéquate, notamment avec son fils aîné. Carole nous dit s’apercevoir qu’elle éprouve de nombreuses difficultés à assumer son rôle de mère et juge que les ressentiments qu’elle ressent à l’égard de son aîné sont néfastes à l’équilibre affectif de ce dernier. Elle manifeste le désir de changer afin que son fils ne vive pas une enfance aussi douloureuse que la sienne.

3.2.2 Profil psychopathologique de Carole

Dans cette sous-section, nous présenterons les résultats de Carole à chaque instrument utilisé, puis nous concluerons par une synthèse diagnostique (voir annexe F-2 pour les résultats bruts détaillés).

3.2.2.1 *Profil de Carole au SCL-90-R*

Les réponses de Carole à ce questionnaire révèlent une étendue symptomatique (*mesure de la symptomatologie positive* ou *PST*) supérieure à la moyenne, mais qui n’atteint toutefois pas un seuil clinique franc (score T de 61). Cependant, même si le nombre de symptômes rapportés par Carole (42 sur une possibilité de 90) révèle que certains aspects de son fonctionnement ne sont pas source de souffrance psychologique, il n’en demeure pas moins qu’en présence d’un symptôme, la détresse

de Carole semble être d'une intensité inquiétante, c'est-à-dire de nature clinique (*indice de la détresse associée aux symptômes* ou *PSDI* : score T de 66 ou un et demi écart type supérieur à la moyenne). En fait, en ce qui concerne son état psychologique général (*indice de sévérité globale* ou *GSI*, score T de 65) durant les sept jours ayant précédé l'administration du questionnaire, Carole se présente comme un "cas positif" (Derogatis, 1994), c'est-à-dire que son profil s'apparente à celui de patients présentant divers troubles de santé mentale. En fait, elle présente des résultats supérieurs à la moyenne à sept échelles sur neuf du questionnaire, la majorité de ces résultats (cinq) pouvant être considérés comme significativement élevés ou très élevés (scores T entre 65 et 75).

En observant le profil de Carole, nous repérons la présence de diverses émotions intenses (colère, dépression, anxiété) l'ayant vraisemblablement habitée au cours de la semaine présentant l'administration du questionnaire. L'émotion qui semble avoir été de loin la plus perturbatrice est la colère, voire la rage, les résultats à l'échelle d'hostilité étant significativement très élevés (score T de 73). A cette échelle, Carole cote positivement à tous les symptômes énumérés. Ainsi, elle rapporte une irritabilité marquée qui pourrait être liée non seulement à l'émergence de fantasmes agressives, mais aussi à une impulsivité donnant lieu à des crises de colère et des disputes. En fait, l'expérience de cette hostilité semble en lien avec une perception négative du rapport à autrui, telle qu'observée à l'échelle de sensibilité interpersonnelle dont les résultats sont également très élevés (score T de 69, soit presque deux écarts type supérieurs à la moyenne). Ainsi, les réponses à cette échelle laissent entendre qu'autant Carole paraît se sentir incomprise, mal aimée et jugée dans ses relations, autant elle peut ressentir elle aussi une envie marquée de critiquer autrui. Il est fort possible que cette perception négative du lien à autrui prenne ancrage dans une certaine réalité, la colère déployée par Carole ne l'aidant probablement pas à avoir des relations harmonieuses, comme il est également envisageable qu'elle résulte en partie d'une projection de sa propre hostilité, Carole prêtant peut-être aux autres ses "mauvais" sentiments.

Une certaine dimension paranoïde est effectivement observable dans le fonctionnement récent de Carole, cela étant confirmé par un résultat atteignant un seuil de signification clinique à cette dite échelle (score T de 66). En effet, Carole dit avoir l'impression qu'on l'observe ou qu'on parle d'elle, croit entretenir des idées que les autres ne partagent pas et les croit responsables de ses problèmes. A la lumière de ces quelques résultats, nous sommes déjà portée à nous questionner quant à la nature plutôt extériorisée qu'intériorisée des conflits de Carole.

Il est aussi possible que l'aspect très irritable du fonctionnement récent de Carole soit associé à la présence d'un tableau dépressif. Ainsi, plusieurs éléments d'un tel tableau sont rapportés (dont un manque de motivation, d'énergie, d'intérêt sexuel, une humeur triste, un sentiment de solitude, etc.), au point que les résultats à l'échelle de dépression, bien qu'ils ne révèlent pas d'idées suicidaires récentes, soient significativement élevés (score T de 68).

Carole se plaint aussi, au cours de la dernière semaine, de différentes manifestations d'anxiété, significativement plus importantes chez elle que chez la moyenne des gens (score T de 66 à l'échelle d'anxiété). Ainsi, Carole rapporte un état important de tension intérieure et de la nervosité, état qui ne semble toutefois pas atteindre une intensité telle qu'il pourrait mener à l'attaque de panique, même si Carole rapporte avoir eu des pensées ou visions qui l'ont effrayée. Même s'il n'est pas possible pour l'instant de qualifier la nature de l'angoisse de Carole, nous pouvons affirmer qu'elle ne semble pas avoir été associée à une problématique d'agoraphobie, les résultats à l'échelle d'anxiété phobique se situant en fait légèrement sous la moyenne (score T de 44).

Nous retrouvons toutefois certains traits anxieux de la lignée obsessionnelle-compulsive chez Carole, ses résultats à cette échelle étant supérieurs à la moyenne et étant à la frontière du seuil de signification clinique (score T de 64, soit presque un écart type et demi supérieur à la moyenne). Les volets obsessionnel (récurrence de pensées désagréables, préoccupations face à la négligence), compulsif (besoin de

répéter les mêmes actions) et cognitif (difficulté à se concentrer et à mener un travail jusqu'au bout) paraissent ici révéler un état anxieux.

Finalement, il est à noter que le profil anxio-dépressif associé à une grande irritabilité et à des tendances paranoïdes que nous observons ne semble pas donner lieu à des psychosomatisations particulières, qui pourraient lui être associées (résultats dans la moyenne à l'échelle de somatisation avec un score T de 49). Ce profil ne semble pas non plus s'enraciner dans un tableau psychotique, Carole ne rapportant pas d'hallucinations ni d'expérience pouvant s'apparenter clairement à un délire à l'échelle de processus psychotiques, bien qu'une préoccupation, peu intense cependant, autour d'une possible atteinte corporelle soit rapportée. C'est cette dernière réponse, associée à un sentiment d'aliénation sociale et à l'idée que Carolee semble entretenir face au fait que son esprit puisse être dérangé (idée qui révèle peut-être une certaine conscience de ses difficultés), qui amène un résultat supérieur à la moyenne à l'échelle de processus psychotiques (score T de 63). Ce résultat n'atteint toutefois pas le seuil de signification clinique.

3.2.2.2 *Profil de Carole au DIB-R*

A la suite de cet entretien semi-structuré, Carole obtient un score de 8/10, score considéré comme élevé et qui permet de prétendre à la présence d'un trouble limite de personnalité (Zanarini et al., 1989). Son profil se caractérise par 1) l'instabilité et l'intensité de l'expérience affective, 2) une impulsivité qui semble avoir teinté plusieurs sphères du fonctionnement à l'adolescence et dans la jeune vingtaine et qui semble maintenant être davantage circonscrite, se manifestant surtout au sein des relations intimes, et 3) certaines perturbations d'ordre cognitif. Ces dernières perturbations, dont Carole n'a jamais parlé lors des cinq entrevues réalisées avec elle à la suite du processus diagnostique, consistent en des expériences perceptuelles inhabituelles et en la présence d'une idéation paranoïde non délirante, mais aussi en convictions quasi-délirantes transitoires.

Au plan affectif, Carole rapporte au DIB-R la présence d'une humeur très changeante, qui prend toutefois, le plus souvent, une coloration négative. Ainsi, comme au SCL-90-R, ses réponses révèlent la présence d'une humeur dépressive chronique et laissent entendre qu'elle aurait pu, par le passé, souffrir d'épisodes de dépression majeure. Cependant, Carole identifie des moments où elle peut se sentir bien, satisfaite, même joyeuse (sans que cela n'ait jamais pris de proportions maniaques), notamment lorsqu'elle est seule sans ses enfants (ce qui lui donne un sentiment de "*plénitude*"), mais ce bien-être cèderait rapidement la place au malaise. A cette humeur dépressive est associé un intense sentiment d'impuissance à régler ses nombreux problèmes, relationnels notamment (conflits avec le conjoint, ses enfants, sa mère), et une vision fondamentalement pessimiste de la vie. Quant à son image d'elle-même, Carole nous confie que depuis qu'elle a effectué un retour aux études, elle se perçoit plus positivement qu'auparavant, alors qu'elle avait tendance à se dévaloriser beaucoup.

Cette dévalorisation semble en lien avec une fragilité narcissique importante chez Carole, plutôt qu'avec un vécu de culpabilité, ce qui pourrait être le cas d'autres personnes. En fait, la culpabilité et l'auto-critique semblent très peu faire partie du vécu affectif de Carole, celle-ci ayant d'emblée tendance à situer la cause de ses problèmes à l'extérieur d'elle, accusant notamment ses parents de l'avoir abandonnée alors qu'elle était enfant. En fait, lors de la passation du DIB-R, Carole nous parlera longuement de ce vécu d'abandon, de sentiments de solitude et d'ennui, encore très intenses aujourd'hui, et qu'elle relie au fait d'avoir été élevée par une dame peu chaleureuse chez qui ses parents l'auraient "mise en pension à la semaine" de l'âge de six mois à onze ans (elle ne voyait sa propre mère que les fins de semaine). De plus, Carole raconte n'avoir presque plus revu son père après la séparation de ses parents, alors qu'elle avait trois ans.

En fait, cette détresse de Carole est à la mesure d'une rage envers ses parents dont elle parle abondamment, affect hostile dont l'intensité était déjà repérable au SCL-90-R. Cette intensité, qui à notre avis révèle bien l'emploi du mécanisme de clivage par

cette femme, cette “*méchanceté*” qu’elle identifie en elle est aussi souvent dirigée vers ses enfants, qui aisément la rendent “*furieuse*” et lui donnent envie de se “*venger*”. C’est toutefois dans la plupart de ses relations que Carole rapporte avoir de nombreux accès de colère, ce qui révèle bien sa faible tolérance aux frustrations.

Au chapitre de l’anxiété, qui atteignait un seuil clinique au SCL-90-R, Carole rapporte au DIB-R se sentir souvent « *stressée* », sans toutefois faire de « *crises d’angoisse* ». Elle mentionne aussi certains symptômes somatiques (qui semblent ne pas être survenus dans la semaine ayant précédé l’administration du SCL-90-R), soit des “*serrements*” d’estomac qu’elle peut ressentir plusieurs fois certaines semaines. Elle nous rapporte également une peur irrationnelle particulière, soit craindre qu’un “*intrus*”, un “*voleur*” ne soit caché dans sa maison le soir, crainte qui l’habite particulièrement à l’heure du coucher, mais qui n’apparaît pas de nature délirante. À côté de l’angoisse dépressive ou d’abandon de Carole semble donc se profiler une angoisse d’intrusion, de nature plus paranoïde. Cette peur rappelle celle de très jeunes enfants ou d’enfants plus vieux présentant des troubles de sommeil, troubles souvent associés à la crainte d’être attaqué par les mauvais objets internes dans un contexte où la constance affective de l’objet n’est pas solidement établie. Nous croyons ainsi que la peur du voleur révèle un fantasme effectivement archaïque, soit un d’identification introjective, fantasme s’étayant sur une certaine porosité des frontières moi/non moi. En fait, c’est l’idée que l’intérieur de la maison se fasse dérober de bons objets convoités qui nous rappelle ce fantasme d’attaque contre l’intérieur du corps maternel et d’intrusion sadique dans celui-ci, fantasme qui n’est pas sans mettre en lumière, à notre avis, toute l’avidité affective de Carole, projetée ici sur le supposé voleur.

À cette crainte irrationnelle sont également associées certaines expériences perceptuelles inhabituelles chez Carole, rapportées lors de la passation du DIB-R. Ainsi peut-elle prendre des objets ou des ombres pour ce fameux intrus et avoir à l’occasion l’impression d’une présence près d’elle. Dans ce registre d’expériences révélant une altération relative et occasionnelle du contact avec la réalité, Carole rapporte des épisodes s’apparentant à de la dépersonnalisation. Ainsi nous raconte-t-

elle qu'il lui est plus d'une fois arrivé de ne plus "*sentir*" son corps de sa taille à ses pieds, comme si sa "*pensée se détachait de l'enveloppe charnelle*". Au registre des pensées bizarres, Carole ne rapporte ni pensée magique, ni superstition, ni croyance en la clairvoyance, mais son discours révèle des idées paranoïdes transitoires qui ne semblent pas délirantes. En fait, elle se dit souvent sur ses gardes et avoir très souvent l'impression que les gens parlent d'elle dans son dos. Il est plus inquiétant toutefois de l'entendre affirmer qu'une personne a déjà conspiré contre elle au travail pour lui faire volontairement du mal. Cependant, lors du DIB-R, elle ne rapporte pas d'autres convictions d'allure délirante, ni d'hallucinations passées ou présentes. En l'absence d'un tableau psychotique franc, présent ou passé (ce qui correspond aux observations du SCL-90-R), nous envisageons toutefois l'hypothèse que Carole, tout comme Élise, puisse présenter ce que nous qualifierions de fragilité psychotique, en ce sens que son contact avec la réalité semble pouvoir par moments être perturbé.

En fait, nous remarquons suite au DIB-R que les différentes angoisses de Carole semblent représenter un obstacle important à l'établissement et au maintien de relations interpersonnelles stables et satisfaisantes. Par le passé, Carole nous confie avoir déjà eu très peur d'être abandonnée par certaines personnes, notamment par des conjoints, au point d'en adopter une position masochiste en se laissant manipuler et traiter avec peu d'égards d'après ses dires. Aujourd'hui, dans son lien avec le conjoint actuel, Carole semble davantage adopter une position infiltrée semble-t-il d'un certain sadisme ou à tout le moins d'un désir d'être en contrôle de la situation, en se défendant notamment contre sa dépendance. Ainsi nous parle-t-elle souvent de son conjoint avec mépris lors de l'administration du DIB-R, mépris qu'elle avoue d'ailleurs ressentir envers lui, s'identifiant comme la personne toujours désireuse de le laisser, mais qui ne le fait jamais, pour des "*raisons financières*". De la même façon, autant parle-t-elle avec véhémence d'une mère qui n'a jamais fait preuve d'aucune chaleur à son égard, autant nous dit-elle en être dépendante, mais "*financièrement*". La position plus narcissique adoptée par moments par Carole se traduit bien par le fait qu'elle nous dise textuellement ne pas vouloir être dépendante de qui que ce soit car dans une telle situation, elle pourrait avoir peur d'un abandon

éventuel. A ces paroles s'ajoute une conception d'elle-même comme étant une personne très "*radicale*" dans sa perception des gens, se disant très "*critique*", ce qui révèle l'utilisation du mécanisme de dévalorisation associé au clivage. Pourtant, l'adoption de cette position narcissique semble précaire chez Carole, car autant elle se défend de ressentir de l'affection pour sa mère ou son conjoint, autant serait-elle décrite comme revendicatrice et exigeante par ces mêmes personnes auxquelles elle peut cesser de parler durant quelques jours, voire même quelques semaines lorsqu'elle a l'impression qu'ils n'ont pas été suffisamment présents ou à son écoute. Bien que dans ses propos, nous remarquions surtout des défenses érigées par Carole contre son angoisse dépressive (d'abandon), nous n'excluons pas qu'elle tente aussi d'exclure la proximité affective de ses relations pour des motifs plus paranoïdes, notamment des angoisses d'intrusion qu'elle révèle dans d'autres contextes. Pour l'instant, ce point demeure cependant à vérifier.

Finalement, il n'est pas étonnant d'observer que l'ensemble de l'expérience affective très intense et fluctuante de Carole semble en lien avec une impulsivité marquée révélée par le DIB-R, impulsivité qui paraît toutefois être moins généralisée aujourd'hui que lorsqu'elle était adolescente ou dans la vingtaine. Ainsi, de sa période adolescente, elle rapporte de fréquents abus d'alcool et de la consommation de drogues dures et douces, consommation de marijuana qu'elle a poursuivie de façon quotidienne jusqu'à sa première grossesse (à la fin de la vingtaine), ce qui d'après ses dires la rendait très "*parano*". Elle rapporte aussi une tentative de suicide par phlébotomie à l'âge de quinze ans, ainsi que plusieurs vols à l'étalage vers le même âge, vols révélant peut-être un fantasme d'intrusion dans le corps maternel. Carole nous dit aussi avoir eu à une occasion une relation sexuelle homosexuelle et de nombreuses relations de nature sado-masochiste au début de la vingtaine (avant sa relation conjugale actuelle), elle-même occupant la position où elle se trouvait "*dominée et humiliée*". Présentement, Carole identifie surtout sa colère dans les relations intimes comme source de son impulsivité qui aujourd'hui, se caractérise plus par des crises de colère où elle avoue crier et perdre le contrôle, verbalement et même physiquement. Par exemple, elle nous dit pouvoir menacer ses enfants de les

frapper (ce qu'elle n'aurait jamais fait toutefois) et s'en être déjà prise physiquement à son conjoint avec qui la vie sexuelle serait quasiment inexistante (ce qui révèle une angoisse que nous ne pouvons toutefois pas qualifier pour l'instant). Carole rapporte pouvoir briser des objets dans ses accès de colère ou encore avoir une conduite automobile dangereuse. Cependant, elle ne rapporte pas d'idées suicidaires franches ni de menaces à ce sujet. Il est à noter que Carole dit ne pas ressentir de culpabilité face à ses accès de colère, ce qui confirme encore d'après nous la nature extériorisée et non intrapsychique de ses conflits, en plus de révéler la qualité moindre de l'intégration surmoïque.

3.2.2.3 *Profil de Carole au Rorschach*

Il est à noter que le Rorschach a été administré à Carole quelques semaines après le décès de sa mère (contrairement aux autres épreuves administrées avant même que Carole sache sa mère atteinte d'une maladie incurable), avec qui elle entretenait une relation extrêmement conflictuelle. Il est donc possible, à notre avis, que certains traits ou états aient été amplifiés dans cet état de deuil (voir annexe F-2 pour les résultats bruts et le verbatim). D'ailleurs, la comparaison entre le score $D = -5$ (état de stress actuel) et le score D ajusté = 0 (tolérance au stress en l'absence de stressors typiquement situationnels) démontre bien l'état de surcharge émotionnelle, voire même de détresse psychologique dans lequel Carole se trouvait au moment de la passation du test. Nous remarquerons toutefois dans cette analyse que plusieurs éléments semblent caractériser Carole en « temps normal », puisque nous les retrouvons dans l'ensemble des tests administrés. Toutefois, nous retiendrons l'idée « d'amplification possible » de certains traits, et envisagerons certaines hypothèses avec prudence.

Au plan quantitatif, d'après le système de cotation et d'interprétation d'Exner, les résultats de Carole révèlent, comme le SCL-90-R et le DIB-R, un profil d'instabilité affective et possiblement comportementale, où se révèle l'expérience d'affects anxieux, dépressifs, ainsi qu'une colère intense, affects semblant pouvoir être

associés à des comportements mésadaptés et peut-être impulsifs, ce qui laisse entrevoir la nature extériorisée et non intrapsychique des conflits. A cela s'ajoutent de nombreux indices de possibles altérations du contact avec la réalité, ce qui n'est pas sans rejoindre notre hypothèse, avancée à la suite de l'administration du DIB-R, d'une fragilité psychotique au sein de la personnalité.

Au plan affectif, l'indice de dépression positif (avec la totalité des énoncés endossés) révèle la vulnérabilité de Carole à l'expérience dépressive, voire même la possibilité qu'elle ait fait l'expérience de sentiments dépressifs très intenses au cours de la période entourant l'administration du test, ce qui serait bien compréhensible étant donné le deuil traversé. Ces sentiments dépressifs (repérables notamment dans le nombre significativement élevé de réponses C', à plus de trois écarts type de la moyenne), semblent liés, entre autres, à 1) une représentation négative de soi (nombre significativement élevé de réponses vista : V et morbide : MOR) et à un possible état d'indigence émotive (nombre significativement élevé de réponses texture : T), ce qui nous rappelle non seulement le décès de la mère de Carole, mais aussi son discours au DIB-R quant à son intense sentiment d'abandon dans le lien aux figures parentales. Toujours possiblement en lien avec la perte d'une de ces figures, les sentiments dépressifs de Carole semblent aussi découler d'une incapacité à gérer une angoisse paraissant actuellement très intense (nombre significativement élevé de réponses m et Y), angoisse pouvant aussi émerger lors des échanges interpersonnels en général (indice de déficit des habiletés de coping positif).

En fait, plusieurs éléments quantitatifs observés portent à penser qu'au sein des relations interpersonnelles, Carole puisse être régulièrement au centre de conflits. Ainsi, actuellement et peut-être de façon générale, Carole semble faire preuve d'une grande négligence dans la modulation de l'expression émotive, paraissant aux prises avec l'émergence d'affects massifs ($\text{ratio FC} < \text{CF} + \text{C}$) pouvant suggérer l'utilisation de clivage et pouvant amener des comportements inappropriés, impulsifs entre autres. Ainsi, face aux stimuli présentés, Carole semble souvent éprouver beaucoup de difficultés à réagir de façon objective et détachée (indice Lambda de 0.25, inférieur à

la moyenne), se laissant happer par la provocation émotionnelle intrinsèque aux planches du test. Toutefois, paradoxalement pourrions-nous dire à cette tendance à la réactivité émotionnelle marquée, apparaissent de nombreuses tentatives de prendre une distance face à la sollicitation émotionnelle (ratio affectif ou Afr inférieur à la moyenne), notamment en utilisant une défense que nous qualifierions, comme dans le cas d'Élise, de pseudo intellectualisation ($2AB + (Art + Ay)$ ou indice d'intellectualisation positif et nombre de réponses human experience ou Hx supérieur à la moyenne). En fait, le profil de Carole apparaît beaucoup trop caractérisé par une intensité affective désorganisée, au plan comportemental, mais aussi au niveau de la pensée (indice de schizophrénie positif), pour que nous envisagions que ces défenses intellectuelles soient sous-tendues par un mécanisme d'intellectualisation névrotique.

Un de ces affects intenses semble d'ailleurs être la colère, voire la rage (nombre de réponses Space : S supérieur à trois écarts type), déjà fortement observée au SCL-90-R et au DIB-R, affect dont l'expérience paraît justement pouvoir être en lien avec une certaine perturbation de l'épreuve de réalité (nombre de réponses S ayant une qualité formelle moins (-) supérieur à trois écarts type). Il est donc possible d'envisager que la projection de l'agressivité soit responsable de cette altération de l'épreuve de la réalité, ce qui pourrait rejoindre l'hypothèse envisagée suite à l'administration du DIB-R, soit celle de la présence d'une angoisse paranoïde au sein du fonctionnement psychique. Toujours au plan quantitatif, la présence de quatre cotes positives à l'indice d'hypervigilance, de réponses PER en nombre très élevé (supérieur à trois écarts type) et l'absence de réponses COP appuient également cette hypothèse.

En fait, le résultat positif de Carole à l'indice de schizophrénie est en accord avec une hypothèse plus générale soulevée elle aussi suite à l'administration du DIB-R, à savoir qu'elle puisse présenter une fragilité psychotique. Comme nous l'avons déjà mentionné dans le cas d'Élise traité précédemment, cet indice de schizophrénie n'indique pas nécessairement un désordre du même nom, mais révèle la présence préoccupante d'inexactitudes perceptuelles et l'émergence marquée de processus primaires dans les réponses de Carole. Comme nous l'avons aussi déjà souligné dans

l'analyse du protocole d'Élise, il n'est pas toujours simple de bien distinguer à l'aide du seul test de Rorschach le fonctionnement franchement psychotique de la fragilité psychotique retrouvée chez certains états-limites (Acklin, 1992), ce qui n'empêche toutefois pas un exercice de réflexion à ce sujet.

Au plan quantitatif, certains indices se contredisent à notre avis quant à cette question de la qualité de l'épreuve de la réalité. D'une part, au plan de la qualité formelle, les réponses de niveau moins ($X\%$) demeurent deux fois moins présentes que celles de niveau inhabituel ($Xu\%$), ce qui paraît indiquer davantage une tendance aux perceptions idiosyncratiques de la réalité qu'une tendance aux distorsions franches de la réalité (Exner, 1991). Toutefois, le score pondéré de cotes spéciales ($Wsum6$) extrêmement élevé (111 alors que la moyenne est de 3.21), score révélant d'ailleurs plusieurs cotes de niveaux 2 et même deux contaminations, nous révèle une pensée qui apparaît très pathologique au Rorschach. En fait, l'ensemble de ces cotes peuvent mettre en lumière une porosité importante des frontières du moi et même, pour ce qui est des contaminations, la possibilité d'une « dissolution momentanée, mais claire et catastrophique de ces frontières » (Wilson, 1985, Meloy et Singer, 1991), ce qui signerait la fragilité, voire la perte, du contact avec la réalité. Il n'est cependant pas facile ici de savoir si cette fragilité, voire cette perte par moments du contact avec la réalité, serait apparue de façon aussi criante à un moment plus « stable » de la vie de Carole, c'est-à-dire dans un autre contexte que celui de la perte de sa mère, personne à la fois profondément haïe et désirée. Toutefois, l'analyse qualitative des réponses de Carole, réponses évoquant souvent l'image maternelle et la relation précoce, indifférenciée à celle-ci, nous porte à penser que cette perte définitive de tout espoir de gratification au sein d'un tel lien a pu avoir un effet profondément déstabilisant sur elle et révéler avec plus d'ampleur ce qu'il convient possiblement d'appeler encore *vulnérabilité* plutôt que *fonctionnement* psychotique, vulnérabilité jusqu'ici soupçonnée, maintenant confirmée.

En fait, l'analyse qualitative démontre bien, à notre avis, que réalités interne et externe ne sont pas toujours bien délimitées pour Carole et que certaines fantaisies

perturbatrices peuvent facilement, face à un stimulus non structuré du moins et peut-être davantage en situation de stress intense, passer la barrière du refoulement qui paraît trop inefficace pour que nous soyons en présence d'une structure de personnalité génitale ou névrotique.

Ces fantaisies perturbatrices semblent à la source d'une angoisse paranoïde, déjà soupçonnée, qui semble prendre la forme d'une angoisse fusionnelle, c'est-à-dire d'une crainte d'une dissolution des frontières du moi au sein du rapproché relationnel très intime, illustré notamment dans le Rorschach de Carole par l'évocation à répétition, évocation que nous pourrions appeler persévération, du thème du rapproché sexuel. Cette angoisse fusionnelle semble s'accompagner d'un désir paradoxal, soit un de rapprochement aux allures également fusionnelles, ce qui n'est pas sans nous rappeler le vécu d'abandon de Carole. Ce désir de rapprochement fusionnel s'illustre notamment par la description, répétée elle aussi, d'images en lien avec l'oralité primitive, soit des images du corps maternel, de grossesse et d'accouchement (Schafer, 1954).

En fait, comme dans le cas d'Élise, c'est le rapprochement le plus intime, qui prend ici la figure du rapproché corporel, qui semble particulièrement angoissant pour Carole. Cela nous porte à penser que le danger d'expérience psychotique, c'est-à-dire la menace à l'intégrité psychique, mais aussi physique puisqu'il est constamment question de « corps » dans ce Rorschach, se situe précisément au sein de ce type de relations très intenses, peut-être à cause d'un désir ou peut-être plus justement d'un « besoin » trop intense, vorace, de cet autre tellement envié, pour reprendre le terme Kleinien, qu'on voudrait qu'il devienne soi. Dans le cas justement où nous penserions que le Rorschach de Carole paraît plus « psychotique » que ce ne serait le cas en temps « normal », nous pourrions émettre l'hypothèse que la séparation corporelle irrévocable avec sa mère, peut-être intolérable, que la perte du corps maternel amène une refusion pathologique des images de soi et d'objet, régression caractérisant l'expérience psychotique (Kernberg, 1989a).

A cet effet, il fut frappant d'observer Carole lors des entrevues suivant le décès de sa mère. Ainsi avait-elle complètement modifié son style vestimentaire, portant les vêtements de sa mère reçus en « héritage », tentant de devenir elle en quelque sorte. Cette transformation qui évoque un processus d'incorporation de l'objet perdu illustre à notre avis le caractère très régressé de l'état mental de Carole suite au décès de sa mère. Ici, c'est bien la perte de l'objet (dans sa représentation idéalisée) qui sous-tend l'expérience psychotique, comme cela est souligné dans la littérature lorsqu'il est question des patients limites. Toutefois, d'autres indices au Rorschach nous portent à penser que le rapprochement, avec un objet vécu plutôt comme un persécuteur, pourrait aussi amener une régression de nature psychotique chez Carole.

A ce propos, la perception à la fois de l'intérieur et de l'extérieur du corps apparaît souvent dans le Rorschach de Carole, ainsi que le risque que cette confusion entraîne pour l'intégrité de ce corps, et plus spécifiquement pour l'intégrité de l'intérieur du corps (féminin notamment autres). Ce risque s'observe entre autres dans l'évocation répétée de rapports sexuels mortifères (planche I, rép.2 : « est-ce que c'est un pénis empoisonné ? ...c'est lugubre, c'est la mort »; planche II, rép.9 : l'image d'une « fusée qui est propulsée et va entrer dans quelque chose » amène une association sur le « coït », l'*explosion* faisant penser à l'*éjaculation*; planche VI : Carole parle d'un pénis qui a une « forte érection » et d'un sexe de femme, puis elle décrit que le « pénis va triompher ... c'est un pénis qui *s'en va en guerre ou qui revient de la guerre* »).

De telles réponses ainsi que leur caractère persévératif au Rorschach de Carole nous amènent à poser différentes hypothèses. Tout d'abord, il nous est difficile de ne pas y voir un *fantasme des parents combinés*, tel que décrit par Mélanie Klein, fantasme archaïque et fortement anxiogène représentant les parents indifférenciés, unis dans une relation sexuelle ininterrompue (Klein, 1972). En effet, dans le Rorschach de Carole, toute représentation d'un pénis amène inévitablement la représentation d'un sexe féminin, puis d'un « coït », le corps maternel semblant représenté comme contenant toujours un mauvais pénis paternel, objet partiel destructeur comme en

témoignent ses verbalisations. La présence d'un tel danger au cours du rapproché sexuel n'est pas sans nous rappeler le fait qu'en entrevue, Carole nous confie ne presque plus avoir de vie sexuelle avec son conjoint, quasi abstinence ayant fait suite à des périodes d'activités sexuelles ou elle s'engageait plutôt dans des relations à la mesure de ses fantasmes inconscients, soit sado-masochistes, y occupant d'ailleurs la position masochiste.

Outre le fait que la présence d'un fantasme des parents combinés appuie l'hypothèse d'une structure prégénitale de la personnalité, nous remarquons qu'à l'intérieur des réponses qui le révèlent, il est souvent question d'une allusion à l'*introduction* dans le corps maternel d'un objet (ici, le sperme) dangereux. En fait, le pénis n'est-il pas *empoisonné* et l'éjaculation n'est-elle pas assimilée à une *explosion*? Ainsi, nous nous demandons si de telles réponses ne mettent pas en lumière, de façon plus large que seulement sexuelle, la prégnance d'un fantasme d'identification projective dans l'organisation psychique de Carole.

En effet, ces images de pénétrations sadiques semblent illustrer à la fois le désir d'entrer dans le corps de la mère pour la contrôler de l'intérieur et la tendance à projeter dans ce corps les mauvaises parties clivées du moi, « *ligne d'attaque dérivée des pulsions anales et urétrales* » (Klein, 1946, p.282). A notre avis, d'autres réponses peuvent aussi illustrer des manifestations différentes de ce fantasme d'assault contre le corps maternel, manifestations s'enracinant plus ici dans le sadisme oral, comme la réponse no.21, planche VI (« un chat éventré, vidé, étalé...comme si on avait ouvert le chat, on l'avait tout vidé »), qui révèle l'ampleur de l'avidité, de l'envie (possiblement amplifiée par le deuil) visant à « *sucer complètement, mordre, déchirer, voler les contenus bons du corps de la mère* », bref à la vider de son intérieur, littéralement (Klein, 1946, p. 282). Évidemment, la partie projective du fantasme suppose l'existence d'un pôle introjectif, soit le danger de retour vengeur de la part de l'objet, objet qui pourrait aussi tenter d'introduire de force du « mauvais » dans le moi, ou encore qui pourrait dérober le moi de ses bons objets, le laissant à la merci de l'angoisse de persécution, observée dans d'autres tests

chez Carole (notamment dans la crainte du voleur exprimée au DIB-R), voire même de *désintégration*, telle que nommée par Klein. Cette angoisse psychotique, que nous pourrions qualifier de morcellement, ferait suite au clivage excessif du moi et des objets internes qui mènerait au sentiment que le moi est justement « *en morceaux* » (Klein, 1946, p. 284). La représentation d'une explosion dans le Rorschach de Carole peut à notre avis illustrer ce danger de morcellement. D'ailleurs, nous pensons que de façon plus générale, un tel type de réponse révèle, comme plusieurs autres de Carole, la présence d'une angoisse de mort au sein du fonctionnement psychique.

Dans un pôle plus idéalisé cependant, nous retrouvons aussi toutes les réponses de Carole pouvant illustrer le désir de rapproché fusionnel, totalement gratifiant avec la « bonne » mère. Nous employons ici le terme fusionnel et non anaclitique parce qu'à notre avis, les réponses de Carole renvoient à un stade d'indifférenciation entre le corps maternel et le corps de l'enfant ou encore à un stade de différenciation très précoce. Ainsi, nombreuses sont les références à l'« intérieur » du corps de la mère, à l'utérus, à la grossesse, à l'accouchement ou aux instants suivant la naissance. Certaines réponses illustrent bien à notre avis ce désir de rapproché fusionnel, dont la réponse no.27, planche VII, planche qui d'ailleurs au plan symbolique peut représenter la relation à la figure maternelle (Tarrab et Pelsser, 1991) : « le port, c'est l'utérus...l'utérus s'aggrandit pour garder le bébé ici...ça doit être ça la mère patrie ». A la planche IX, qui peut aussi représenter la relation à la mère archaïque, nous retrouvons aussi plusieurs réponses révélatrices. Ainsi, Carole débute en disant : « des couleurs chaleureuses...ça me donne envie de me coucher là-dedans ». Elle continue en disant que ces couleurs, « c'est la mère ». Plus loin, elle donnera une réponse de « vache laitière » et associera sur l'allaitement pour finir en parlant, de façon positive, d'un accouchement à peine complété.

En fait, à notre avis, la grande majorité des réponses de Carole au Rorschach démontre l'utilisation privilégiée qu'elle fait du clivage comme mécanisme de défense. Nous voyons bien par moments des tentatives de symbolisation, dont la tournure se veut parfois assez narcissique, mais cette symbolisation de surface ne

semble justement pas pouvoir « résister » à l'émergence du fantasme cru, archaïque. Par exemple, à la planche I, après avoir parlé du « pénis empoisonné », Carole se reprend avec sa réponse de ballerine, « le col comme en 1800...une petite ballerine musicale...il y a la ceinture de l'homme...qu'est-ce que c'est ça ? C'est un *clitoris* ? ». A la planche IV, réponse 16, Carole commence en parlant d'une « fleur qui pousse et sort de terre » (réponse sexuelle symbolisée, Tarrab et Pelsser, 1991). A la réponse 17, elle verbalise autour d'une « pénétration » et ajoute que la fleur lui fait un peu penser à un sexe féminin, ce qui indique déjà l'échec du refoulement à maintenir la représentation sexuelle hors de la conscience. Continuant dans un style très associatif à décrire les sexes féminin et masculin, elle terminera sa réponse en en faisant une sorte d'amalgame, retour au fantasme des parents combinés, bien éloigné il va s'en dire de la fleur du début.

Ce Rorschach, indiscutablement riche et complexe, étaye donc à notre avis le doute soulevé par l'analyse des tests précédents, soit celui de la présence d'une fragilité psychotique au sein de l'organisation de la personnalité de Carole, fragilité s'enracinant essentiellement dans la porosité des frontières du moi ou encore pourrions-nous dire dans une possible confusion, par moments, des réalités interne et externe. Par moments d'après nous car les réponses au test révèlent que cette confusion paraît particulièrement marquée dans un contexte bien précis, soit celui de relations de grande proximité, de grande intimité, intimité corporelle irions-nous jusqu'à dire. Dans le contexte actuel de la perte de la mère, nous pensons aussi qu'un retour fantasmé à une position de grande intimité, voire d'indifférenciation avec cette mère (dans sa représentation idéalisée), a pu également fragiliser doublement Carole, précipitant peut-être d'ailleurs une régression psychotique C'est en fait pour cette raison qu'à ce stade de notre analyse, nous serions encore portée à parler davantage de *fragilité* que de *fonctionnement* psychotique chez cette dernière, et ce malgré le caractère éminemment pathologique de ses réponses au Rorschach, caractère qui comme nous l'avons mentionné, peut d'ailleurs se remarquer dans les protocoles de patients états-limites. De toute façon, ces réponses au Rorschach doivent encore être

analysées conjointement à d'autres données, soit celles obtenues suite à la cotation d'entrevues à l'aide de la MTCM.

3.2.2.4 Profil de Carole à la MTCM

A la suite de la cotation d'entrevues semi-structurées, le profil de Carole à la MTCM la situe, en ce qui a trait à la maturité de ses relations d'objet, au niveau trois (3), c'est-à-dire limite (voir annexe F-2 pour les résultats bruts). Les cotes que l'on retrouve chez elle relèvent en effet de ce niveau pour la quasi totalité du matériel analysé. Environ un tiers de ces cotes mettent en lumière une propension marquée à la régression orale (cotes des catégories ORALENV, ORALSAD, ORALCAN, ORALDEV, ORALDEP : 32.3%). Par exemple, au sein de différentes variantes de manifestation d'avidité orale, avidité s'enracinant dans un intense sentiment de privation et de vide intérieur (retrouvé d'ailleurs dans l'ensemble des tests de Carole), nous pouvons voir apparaître la recherche d'amour inconditionnel et le désir de « prendre en soi », d'avalier en fait l'objet envié. A ce désir se greffe la rage conséquente de se trouver face à un objet insatisfaisant, que Carole finit par attaquer sadiquement, voire même annihiler mentalement, comme lorsqu'elle dit être « *en christ, en tabarnak* » contre sa mère qui l'a placée dans un milieu familial substitut alors qu'elle était encore bébé. Par ailleurs, le soi « carnivore, envieux et sadique », omnipotent dans son agressivité peut tout aussi bien être projeté, alors que s'opère une identification avec l'objet envié, risquant à son tour d'être avalé par l'autre.

Dans ce matériel, nous voyons donc apparaître deux positions successivement, soit celles d'agresseur ou de victime. Les cotes révélant la présence importante d'identification projective en entrevue (43% de l'ensemble des cotes) mettent toutefois en lumière la tendance de Carole à s'identifier davantage à la victime persécutée ou abusée, notamment par sa mère et ses enfants (cote d'identification projective agressive – position de victime : RTHRAPI : 50% de l'ensemble des cotes d'identification projective), plutôt qu'à se percevoir comme étant l'agresseur dans la

relation (cote d'identification projective agressive : position d'agresseur : THRAPI : 14.3 % des cotes d'identification projective).

Les autres cotes d'identification projective révèlent quant à elles la présence d'idéalisation primitive. Ainsi, nous observons un tel mode défensif lorsque Carole se voit comme un objet tout bon et omnipotent devant un objet chéri et dépendant, quand elle décrit par exemple à quel point son aide financière est primordiale pour que son mari puisse mettre sur pied une entreprise (cote d'identification projective libidinale-idéalisée – position omnipotente : THRLPI : 28.6% des cotes d'identification projective). Il n'arrive que rarement que Carole s'identifie à un enfant aimé parfaitement par une figure toute bonne et omnipotente (cote RTHRLPI : 7.1% des cotes d'identification projective). L'ensemble des cotes de niveau trois, caractérisées par l'émergence d'affects bruts et mal modulés s'accompagnent d'autres cotes qui bien que peu présentes, peuvent révéler des difficultés d'élaboration psychique de l'expérience affective, soit celles associées à la tendance à l'agir (cotes THRLACI (E) et THRAACI (E): 4.6% de l'ensemble des cotes) et à la somatisation (cote THRSOMI (E): 1.5% de l'ensemble des cotes).

Finalement, il est à noter que 16.9% des unités d'entrevues ne purent être classées dans une catégorie spécifique et furent laissées sous la rubrique « non spécifié » (UNS). Également, tous comme pour Élise dont nous avons discuté précédemment, nous n'avons pas remarqué dans le cadre des entrevues cotées la présence d'éléments pouvant être associés à un fonctionnement de niveau un ou deux (psychotique). Comme pour Élise, il est possible que le caractère semi-structuré des entrevues, moins provoquant que la présentation d'une épreuve projective comme le Rorschach, n'ait pas permis de mettre en lumière la fragilité observée à cette dernière épreuve. Notons aussi que ces entrevues furent réalisées avant le décès de la mère de Carole, période où elle était peut-être aussi moins vulnérable psychologiquement.

3.2.2.5 Profil de Carole à la grille portant sur les états mentaux

À un autre niveau de cotation, soit celui des états mentaux de Carole (voir annexe F-2 pour les résultats bruts), ils se caractérisent largement par la réactivité « primitive », qui oscille entre la décharge pure et aveugle de la rage (états réactifs pulsionnels : REACP : 20 % des unités d'entrevues analysées) ou la décharge voilée par un système défensif dit de « bas » niveau (READB : 35.4% des unités d'entrevues analysées). Dans un cas comme dans l'autre, Carole est submergée par l'affect qu'elle contrôle mal, le moi observateur étant à toute fin pratique inexistant. Dans plus de 50% du temps observé, Carole fut donc incapable de penser et d'observer sa propre activité mentale, en raison de cette expérience d'affects intenses tendant à la décharge. Dans cette lignée défensive, nous observons bien cependant la présence à certains moments de défenses dites de « haut » niveau (READH ; 15.4% des cotes), notamment d'intellectualisation ou de rationalisation, mais celles-ci semblent toutefois servir à maintenir à distance un conflit limite et non névrotique, un peu d'une façon semblable à celle observée au Rorschach, lorsque les tentatives de mise à distance ou de symbolisation ne résistaient pas à l'émergence de représentations primitives. Dans cette même lignée, l'état mental objectif-rationnel (OBR) fut également observé (20% des cotes), révélant une certaine auto-perception et observation, mais toujours accompagnée d'une mise à distance, le monde interne étant traité de façon descriptive et détachée, l'affect pouvant être « gelé » par moments, et ce dans le but de rétablir une assurance ou un sentiment de sécurité interne.

Nous observons donc chez Carole, comme au Rorschach d'ailleurs, une oscillation entre l'expérience d'affects intenses et désorganisant et la mise à distance, sur un mode plutôt rigide, de ces mêmes affects. Dans un cas comme dans l'autre, une capacité d'élaboration psychique, de mentalisation est très peu observée dans les entrevues analysées, comme en témoigne aussi la faible proportion de cotes révélant une activité réflexive (REF : 6.2% des unités analysées), cette dernière activité révélant la capacité de tolérer et de contenir l'expérience affective.

3.2.2.6 Synthèse diagnostique

Au plan structural, en accord avec les critères diagnostics de Kernberg (1989a et b), nous remarquons, au terme de l'analyse de l'ensemble des résultats aux tests administrés à Carole, la présence 1) d'opérations défensives de bas niveau, c'est-à-dire centrées autour du clivage, 2) d'un syndrome de diffusion de l'identité et 3) d'une épreuve de réalité qui bien que maintenue en situation structurée (par exemple, Carole ne présente pas de signes franchement psychotiques aux questionnaires administrés et son discours en entrevue n'est pas caractérisé par l'émergence de processus primaires), apparaît fragile en situation non structurée (lors de la passation du Rorschach) et/ou en situation de stress relationnel intense. En fait, la qualité de l'épreuve de réalité étant avant tout altérable, à notre avis, dans des situations relationnelles particulières, nous en concluons que Carole présente une **organisation limite de la personnalité**. A cet effet, nous pourrions reprendre la discussion amorcée dans l'analyse précédente du cas d'Élise, à savoir que les patients états-limites peuvent de l'avis de plusieurs auteurs présenter une vulnérabilité aux expériences psychotiques.

Concernant le *mode défensif privilégié*, l'analyse de nos résultats révèle l'utilisation privilégiée de clivage, de projection, d'identification projective-introjective et dans une moindre mesure, d'idéalisation primitive et de dévalorisation. Au Rorschach notamment, nous observons l'émergence de défense d'allure plus névrotique qui ne sont toutefois d'aucune efficacité pour contenir l'émergence de fantasmes archaïques et désorganisés (tentatives de refoulement, pseudo intellectualisation).

Concernant le niveau d'*intégration de l'identité* de Carole, nous observons un syndrome de diffusion de l'identité qui confère à son fonctionnement un caractère profondément intense et instable. Ainsi, ce syndrome se caractérise par la présence marquée et chronique d'affects intenses contradictoires et de désirs du même ordre (par exemple, être très déprimée puis enragée à l'idée de ne pas avoir une relation satisfaisante avec une mère à la fois désirée et profondément détestée), ajoutés à des

comportements contradictoires (par exemple, dénigrer le mari et revendiquer toute son attention par la suite), le tout résultant des représentations de soi et d'objet clivées.

Finalement, en ce qui a trait à l'*épreuve de réalité*, celle-ci semble pouvoir en général être maintenue, comme le démontrent les résultats à trois tests administrés sur quatre (et avoir pu être maintenue dans l'histoire de Carole, tel que démontré par le DIB-R), même si les résultats aux tests (au Rorschach surtout), démontrent le risque de régression psychotique en situation relationnelle particulière (comme en situation de perte d'objet ou de proximité affective intense), c'est-à-dire le risque de dissolution des frontières du moi et d'émergence d'angoisse de mort, qui semble alors prendre plus de place que l'angoisse d'abandon.

A ces trois critères centraux identifiés par Kernberg (1989a et b), nous pouvons en ajouter d'autres qui peuvent à son avis caractériser l'organisation limite de la personnalité et que nous retrouvons chez Carole, comme la pauvre intégration du surmoi, l'infiltration des enjeux prégénitaux dans la sphère génitale (clairement observable au Rorschach) ainsi que la présence de certaines manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi, comme la pauvre tolérance à l'angoisse et bien sûr, le manque de contrôle pulsionnel.

Au plan descriptif ou symptomatique, outre la présence, comme chez Élise, d'une « névrose polysymptomatique », telle qu'identifiée par Kernberg (1989a et b) chez les états-limites, sur cette organisation limite semble se greffer un **trouble limite de la personnalité**, tel qu'observé au DIB-R, entrevue révélant un profil semblable à celui décrit dans le DSM-IV.

Au terme de cette évaluation, nous concluons donc que Carole présente une organisation limite de la personnalité sur laquelle se greffe un trouble du même nom. A cela s'ajoute une vulnérabilité à l'expérience psychotique, c'est-à-dire à la perte de l'épreuve de réalité.

3.2.3 Expérience maternelle de Carole

3.2.3.1 *Résultats de Carole à l'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle (EASM)*

Premier enfant : Philippe, 4 ans, 6 mois			
Sous-échelle 1	Sous-échelle 2	Sous-échelle 3	Score global
14 (faible)	14 (faible)	15 (faible)	43 (faible)
Deuxième enfant : Charles, 18 mois			
Sous-échelle 1	Sous-échelle 2	Sous-échelle 3	Score global
13.3 (faible)	16 (faible)	15 (faible)	44.3 (faible)

Tableau V Résultats de Carole à l'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle (résultats à chaque sous-échelle et résultat global)

Globalement, le tableau V révèle que Carole rapporte peu d'anxiété de séparation à l'EASM, et ce avec ses deux fils. Son fils cadet, encore bien jeune, est toutefois perçu comme légèrement plus affecté par la séparation que son aîné (sous-échelle 2 : résultat à la frontière entre l'anxiété faible et l'anxiété modérée). Cela ne semble toutefois pas avoir d'impact sur la détresse ressentie par Carole elle-même face à une situation de séparation, cette dernière n'évoquant pas de désir anxieux particulier de proximité physique avec aucun de ses fils (sous-échelle 1), ni de préoccupations marquées face au fait d'étudier à plein temps (sous-échelle 3).

Si nous comparons les résultats de Carole à l'EASM (tableau V) avec ceux obtenus par Élise (tableau I, p. 82), nous remarquons que cette dernière semble ressentir davantage d'anxiété de séparation dans le lien avec ses enfants, malgré le fait que cette anxiété n'apparaît pas non plus comme très élevée. En fait, chez ces deux mères, nous sommes tentée de dire que nous ne retrouvons pas à priori une anxiété de séparation maternelle importante, comme cela serait souvent le cas chez les états-limites, tel qu'il est rapporté par de nombreux auteurs consultés précédemment. Rappelons-nous toutefois que nous devons demeurer prudente dans l'interprétation des résultats obtenus à l'EASM et que d'autres résultats devons appuyer cette hypothèse.

3.2.3.2 Résultats de Carole à l'Indice de Stress Parental (ISP)

Le tableau VI (voir page suivante) révèle que dans la relation avec son fils aîné, le stress global vécu par Carole (score de 326, entre le 95^e et le 99^e rang centile) atteint un niveau extrême, indiquant un risque très important de conduite parentale dysfonctionnelle (négligence, abus, rejet, etc.). De nombreuses caractéristiques de Philippe, telles que perçues par Carole, semblent contribuer au stress global, alors que presque la totalité des éléments propres au fonctionnement maternel semblent être des sources de stress. Notons d'ailleurs que le résultat total des rubriques du domaine de l'enfant est très élevé (presque le 90^e rang centile), dépassant le seuil de signification clinique, tout comme le résultat total des rubriques du domaine du parent, qui est quant à lui extrêmement élevé (plus du 99^e rang centile). Bigras, Lafrenière et Abidin (1996) considèrent d'ailleurs que lorsque les domaines de l'enfant et du parent sont élevés, il est fort probable que nous soyons en présence d'un mauvais jumelage des tempéraments (*mismatch*) contribuant non seulement au stress global, mais au potentiel agresseur d'un parent déjà perturbé. En ce sens, nous ne pouvons considérer que la perception de Philippe par Carole ne soit que le résultat de ses projections hostiles, un style de personnalité objectivement difficile pouvant réellement caractériser cet enfant, que cette personnalité découle d'un tempérament difficile au sens biologique du terme, d'une relation perturbée précocement avec ses objets d'attachement, ou d'une interaction de ces deux facteurs. Nous verrons ultérieurement dans l'élaboration de cette thèse si d'autres éléments permettent d'éclairer cette question.

En ce qui concerne les rubriques du domaine de l'enfant (voir tableau VI page suivante), nous observons que Philippe est décrit comme un enfant rigide (rubrique d'adaptabilité entre le 90^e et le 95^e rang centile) et très exigeant (rubrique d'exigences au 95^e rang centile), ce qui peut dénoter un problème d'obéissance chez un enfant de plus de quatre ans (Bigras et al., 1996). De plus, Carole considère qu'il est d'humeur maussade, triste (rubrique de l'humeur au 85^e rang centile), ce qui peut révéler un manque important de disponibilité parentale (Bigras et al., 1996).

PSI Profile

%ile	Résultats bruts														%ile		
	Domaine de l'enfant						Domaine du parent										
	HY	AD	RE	EX	HU	AC	CO	IS	AT	SA	RO	DP	RC				
99+	38	42	20	36	20	25	167	45	25	23	23	30	37	31	190	336	99+
95	33	38	16	29	17	20	140	41	20	20	19	27	32	28	166	306	95
90	30	34	14	27	16	17	131	38	18	18	17	25	28	26	157	284	90
85	29	32	13	25	15	16	125	37	17	17	16	23	26	24	151	270	85
80	28	31	12	24	14	15	120	36	16	16	15	22	25	22	145	264	80
75	27	30	12	23	13	14	116	35	16	16	15	21	24	22	143	253	75
70	26	29	11	22	12	14	112	33	15	15	14	20	23	21	139	248	70
65	25	29	11	21	12	14	109	32	15	15	14	20	20	20	135	244	65
60	24	28	10	20	11	13	106	31	14	14	13	19	21	19	129	238	60
55	23	27	10	20	11	12	103	31	14	14	13	19	21	19	129	233	55
50	23	27	10	20	11	12	100	29	13	13	12	18	20	18	125	226	50
45	22	26	9	19	10	11	98	28	12	12	12	17	19	17	122	222	45
40	21	25	9	18	10	10	95	28	12	12	11	16	19	17	119	216	40
35	21	25	8	18	9	10	93	27	11	11	11	16	16	16	116	211	35
30	20	24	8	17	9	9	90	26	11	12	11	15	18	15	112	206	30
25	20	23	8	16	9	9	88	25	10	11	10	15	17	15	109	198	25
20	19	22	7	15	8	8	85	24	9	10	10	14	15	13	104	190	20
15	18	21	7	14	8	8	82	23	10	9	9	13	14	12	101	184	15
10	17	20	6	13	7	7	79	22	8	9	8	12	12	11	94	176	10
5	16	18	6	12	6	6	72	20	7	8	7	10	11	9	84	163	5
1	13	14	6	10	5	7	62	17	6	7	6	9	9	7	73	139	1

Résultats bruts
 26 35 11 29 15 14 130 50 22 15 21 29 34 25 196 326
 HY AD RE EX HU AC CO IS AT SA RO DP RC

Hyperactivité
 Adaptabilité
 Renforcement
 Exigences
 Humeur
 Acceptabilité
 Domaine de l'enfant
 Compétence
 Isolement
 Attachement
 Santé
 Restriction des rôles
 Dépression
 Relation conjugale
 Domaine du parent
 Stress Total

Tableau VI : Résultats de Carole à l'Indice de Stress Parental (1^{er} enfant)

Heureusement, malgré ces descriptions négatives, Carole dit se sentir malgré tout renforcée par cet enfant, notamment parce qu'elle sent qu'il l'aime et aime être avec elle (questions 11, 12 et 15 de la rubrique de renforcement qui se situe au 65^e rang centile). De plus, malgré les défauts perçus chez Philippe, Carole ne semble pas juger l'ensemble de ses traits comme dérangeants ou inacceptables (rubrique d'acceptabilité au 70^e rang centile). Il n'en demeure pas moins que le stress attribué aux caractéristiques jugées difficiles chez cet enfant demeure très important.

Au sujet des rubriques relevant du domaine du parent (voir tableau VI page précédente), Carole rapporte se sentir extrêmement dépassée et inadéquate comme mère face à son aîné (rubrique de compétence supérieure au 99^e rang centile). Ce rôle maternel est vécu comme entravant énormément l'expression de sa propre identité (rubrique de restriction des rôles entre le 95^e et le 99^e rang centile). Il est à notre avis possible que ces sentiments d'incompétence et de restriction extrêmes soient en lien avec un tempérament peut-être difficile chez cet aîné, avec le trouble de personnalité affiché par Carole, mais aussi avec la perception d'être très isolée socialement (rubrique d'isolement entre le 95^e et le 99^e rang centile) et de ne pas recevoir le soutien attendu de la part de son conjoint (rubrique de relation conjugale entre le 85^e et le 90^e rang centile). Dans ce profil, il n'est pas étonnant de retrouver chez Carole la présence d'affects dépressifs intenses (rubrique de dépression entre le 95^e et le 99^e rang centile), déjà présents lors de la période post-natale (questions 81 et 83) et aujourd'hui en lien avec une insatisfaction générale face à la vie (question 80) et des sentiments de culpabilité résultant de la colère dirigée vers l'enfant (questions 75, 79 et 82). Ajoutons que Carole rapporte aussi être très embarrassée par des ennuis de santé (rubrique de santé entre le 95^e et le 99^e rang centile), qui semblent davantage liés à des malaises généraux, de la fatigue et des perturbations du sommeil qu'à une maladie comme telle puisqu'elle n'en a fait état d'aucune durant notre expérimentation avec elle.

Avec un tel niveau de stress rapporté parmi les rubriques du domaine du parent, le profil de Carole s'apparente à ceux de parents qui en viennent à maltraiter

physiquement leur(s) enfant(s) (Bigras et al., 1996). Un seul facteur de protection parmi ces rubriques semble toutefois émerger, soit celui de l'attachement (rubrique de l'attachement au 65^e rang centile), dans la mesure où Carole dit être en mesure de comprendre les besoins et désirs de son fils (question 61) et sentir qu'il l'aime et désire sa présence (question 66), donc qu'un certain lien de proximité existe entre eux. Nous ne pouvons toutefois faire abstraction du profil général de Carole qui nous paraît bien inquiétant et nous porte à penser que sa démarche actuelle de psychothérapie est très pertinente.

Le tableau VII (voir page suivante) révèle que dans la relation avec son fils cadet, le stress global vécu par Carole se situe dans la normale (score de 240, entre le 60^e et le 65^e rang centile), ce qui tranche avec les résultats observés pour la relation avec l'aîné. Contrairement à Philippe, les caractéristiques perçues chez Charles sont dans l'ensemble très positives (résultat total des rubriques du domaine de l'enfant au 20^e rang centile), ce qui semble suggérer un clivage dans la représentation que Carole se fait de chacun de ses fils. Par contre, le résultat total des rubriques du domaine du parent demeure significativement élevé (entre le 85^e et le 90^e rang centile), révélant que malgré les qualités reconnues à Charles, des éléments propres au fonctionnement maternel sont aussi des sources de stress dans cette relation.

Au sujet des rubriques relevant du domaine de l'enfant (voir tableau VII page suivante), Carole décrit son cadet comme un enfant s'adaptant très bien aux transitions normales de la vie quotidienne (rubrique d'adaptabilité au 15^e rang centile), étant calme, peu exigeant et de bonne humeur (les rubriques d'hyperactivité, d'exigences et d'humeur se situent au 20^e rang centile). Les caractéristiques de Charles correspondent bien aux attentes de Carole (rubrique d'acceptabilité au 35^e rang centile). Toutefois, étant donné les résultats précédents, on pourrait s'attendre à ce que Charles soit perçu comme un enfant plus renforçant que ce qui est rapporté par Carole (rubrique de renforcement au 75^e rang centile).

PSI Profile

%ile	Résultats bruts														%ile		
	Domaine de l'enfant							Domaine du parent									
	HY	AD	RE	EX	HU	AC	CO	IS	AT	SA	RO	DP	RC				
99+	38	42	20	36	20	25	167	45	25	23	23	30	37	31	190	336	99+
95	33	38	16	29	17	20	140	41	20	20	19	27	32	28	166	306	95
90	30	34	14	27	16	17	131	38	18	18	17	25	28	26	157	284	90
85	29	32	13	25	15	16	125	37	17	17	16	23	26	24	151	270	85
80	28	31		24	14	15	120	36	16			22	25		145	264	80
75	27	30	12	23	13		116	35		16	15	21	24	22	143	253	75
70	26			22		14	112	34	15			23	21	139	248	70	
65	25	29	11	21	12		109	32		15	14	20	20	135	244	65	
60	24	28				13	106		14			22		132	238	60	
55				20	11	12	103	31		4	13	19	21	129	233	55	
50	23	27	10				100	29	13		18	20	18	125	226	50	
45	22	26		19		11	98			13	12	17		122	222	45	
40			9		10		95	28	12			19	17	119	216	40	
35	21	25		18		10	93	27			16		16	116	211	35	
30		24	8	17	9		90	26	11	12	11	15	18	112	206	30	
25	20	23		16		9	88	25	10	11		17	15	109	198	25	
20	19	22		15	8		85	24	9		10	14	15	104	190	20	
15	18	21	7	14		8	82	23		10	9	13	14	101	184	15	
10	17	20		13	7		79	22	8	9	8	12	12	94	176	10	
5	16	18		12	6		72	20	7	8	7	10	11	9	84	163	5
1	13	14	6	10	5	7	62	17	6	7	6	9	9	7	73	139	1

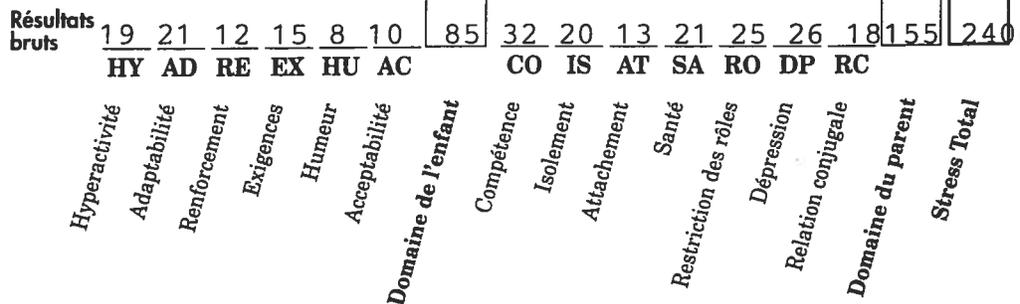


Tableau VII : Résultats de Carole à l'Indice de Stress Parental (2è enfant)

En analysant cette rubrique de plus près, nous observons que Charles est perçu comme un enfant aimant (question 11 et 12), souriant (question 13), désirant jouer avec sa mère, mais ne reconnaissant pas toujours les efforts de celle-ci à son endroit (question 14). C'est la réponse à cette dernière question qui augmente le score total de cette rubrique de renforcement, réponse qui n'est pas particulièrement préoccupante étant donné qu'il est question d'un enfant de dix-huit mois. En effet, à son âge, on ne peut s'attendre à ce qu'il fasse preuve de reconnaissance à l'égard de sa mère.

Concernant les rubriques du domaine du parent (voir tableau VII page précédente), contrairement à ce qui semblait se passer avec Philippe, Carole dit se sentir compétente dans son rôle maternel face à Charles (rubrique de compétence au 65^e rang centile) et recevoir le soutien attendu de son conjoint dans l'exercice de ce rôle (rubrique de relation conjugale au 50^e rang centile). Toutefois, elle rapporte encore un isolement social très important (rubrique d'isolement au 95^e rang centile), des ennuis de santé très importants (rubrique de santé entre le 95^e et le 99^e rang centile) et une expérience dépressive significative (rubrique de dépression au 85^e rang centile). Notons toutefois qu'ici, Carole ne rapporte pas avoir été déprimée durant la période post-natale. Cependant, comme dans le lien avec Philippe, Carole dit se sentir brimée dans l'expression de son identité personnelle par le fait d'être la mère de Charles, et ce malgré toutes les qualités perçues chez cet enfant (rubrique de restriction des rôles au 90^e rang centile). Heureusement, l'attachement à ce dernier fils demeure positif (rubrique d'attachement au 45^e rang centile) et s'associe ici à bien plus de facteurs de protection que cela était le cas concernant la relation entre Carole et son fils aîné.

En conclusion, les résultats à l'ISP nous portent à penser que la relation de Carole avec son fils cadet risque moins d'être le théâtre de comportements maternels inadéquats que la relation avec son fils aîné. Toutefois, tout risque de tels comportements ne peut à notre avis être écarté, étant donné certaines sources de stress

importantes liées au fonctionnement parental, risque qu'un fonctionnement adéquat chez l'enfant ne suffit pas toujours à contrecarrer (Bigras et al., 1996).

3.2.3.3 Résultats suite à la cotation des entrevues effectuées avec Carole

Les figures 5, 6 et 7 présentent les résultats de notre analyse de contenu (voir annexe G-2 pour la classification des extraits d'entrevue).

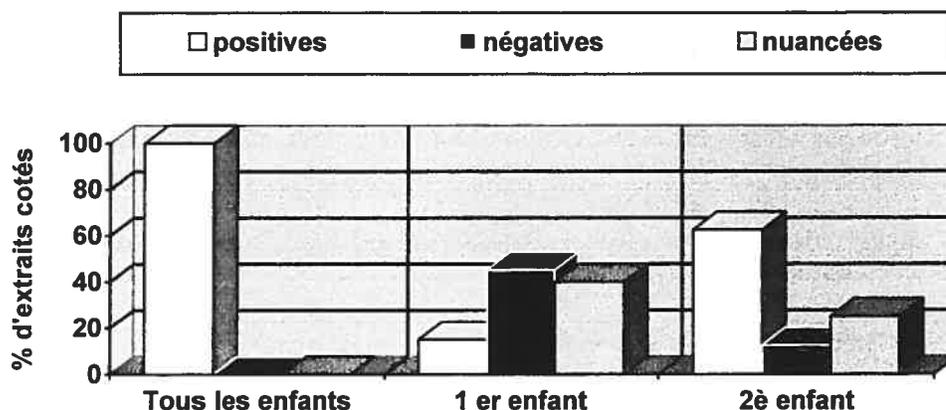


Figure 5. Carole : Représentations de l'ensemble des enfants et de chaque enfant (en pourcentage d'extraits d'entrevue cotés)

Les résultats à la figure 5 permettent de penser que Carole perçoit différemment chacun de ses enfants. Ainsi, dans l'ensemble de son discours, l'aîné est décrit en des termes bien plus souvent négatifs (45% des cotes) que positifs (15% des cotes), alors que la tendance inverse s'observe avec le cadet, décrit nettement plus positivement (62.5% des cotes) que négativement (12.5% des cotes). Ces résultats nous rappellent d'ailleurs ce que nous avons observé à l'Indice de Stress Parental aux rubriques du domaine de l'enfant. Il est intéressant de noter que Carole peut cependant avoir une perception nuancée de ses enfants, semblant être en mesure de ne pas verser automatiquement dans une perception négativement clivée à l'évocation d'un trait indésirable de l'enfant, et ce autant pour son aîné que pour son cadet (respectivement 40% et 25% de cotes nuancées). En ce qui concerne les représentations de ses enfants en général (100% positives), nous ne pouvons vraiment en tirer d'hypothèses puisque

un seul extrait d'entrevue se retrouve dans cette catégorie, cet extrait concernant l'appréciation de Carole de l'apparence physique de ses enfants.

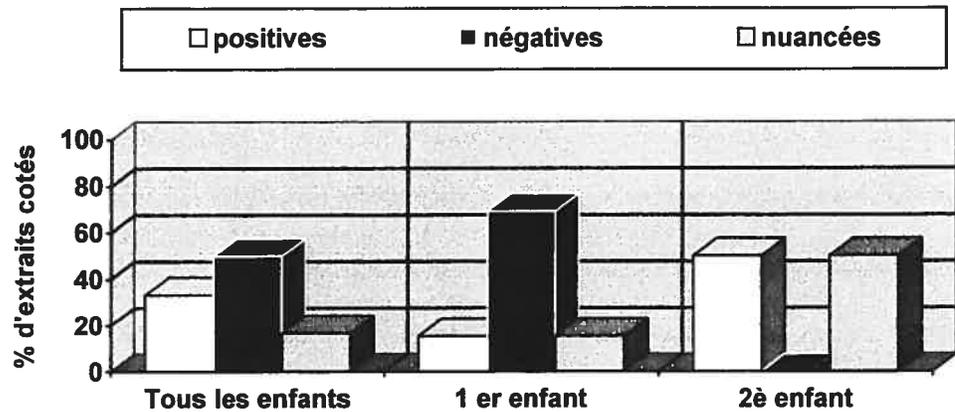


Figure 6. Carole : Représentations de soi en tant que mère avec l'ensemble des enfants et avec chaque enfant (en pourcentage d'extraits d'entrevue cotés)

Les résultats à la figure 6 au sujet des représentations que Carole a d'elle-même comme mère laissent aussi entrevoir des difficultés dans la relation avec son fils aîné. Ainsi, la majorité de ses propos portant sur cette relation (13 extraits dans cette catégorie) révèlent qu'elle semble se sentir surtout inadéquate face à cet enfant (69.2% de cotes négatives contre 15.4% de cotes positives), ce qui rejoint les résultats à l'Indice de Stress Parental à la rubrique des compétences. Toutefois, notons qu'elle paraît en mesure de faire preuve d'un minimum d'indulgence face à elle-même (15.4% de cotes nuancées). Avec son second enfant, il est bien possible que Carole se juge moins sévèrement (50% de cotes positives et 50% de cotes nuancées), mais encore une fois, le trop peu d'extraits classés dans cette sous-catégorie (n=2) ne nous permet pas pour l'instant, à un niveau purement quantitatif, d'en discuter davantage. Des extraits supplémentaires (n=6), concernant les représentations que Carole a d'elle-même en tant que mère en général, portent toutefois à penser qu'il lui arrive aussi de se considérer comme une « mauvaise » mère avec son cadet, malgré le fait qu'elle se reconnaisse aussi certaines qualités maternelles en général (50% de cotes négatives, 16.7% de cotes nuancées et 33.3% de cotes positives).

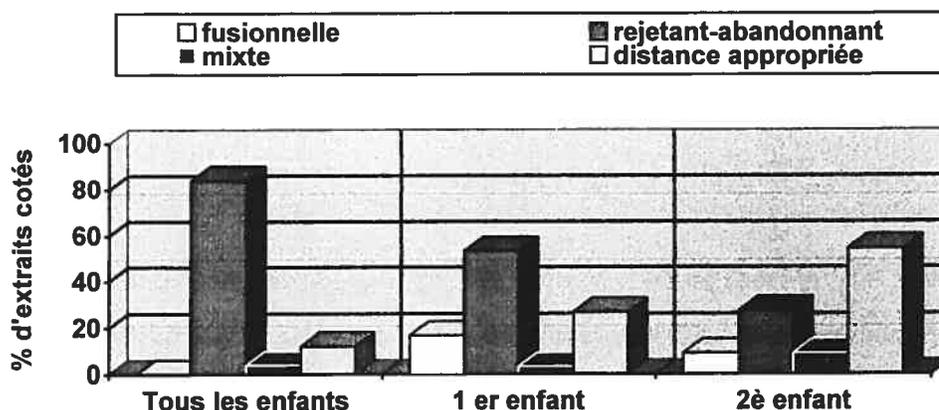


Figure 7. Carole : Représentations de la relation mère-enfant avec l'ensemble des enfants et avec chaque enfant (en pourcentage d'extraits d'entrevue cotés)

Les résultats à la figure 7 révèlent que majoritairement, lorsque Carole discute de sa relation avec l'ensemble de ses enfants, c'est en des termes traduisant son aspect rejetant-abandonnant (84% des cotes), ce qui laisse entrevoir que des conflits existent bel et bien avec ses deux fils. Notons qu'aucun extrait d'entrevue portant sur la relation mère-fils en général ne met en lumière d'aspect fusionnel et que seulement 12% des cotes concernent un désir ou une capacité à établir une distance relationnelle appropriée.

Si nous analysons séparément la relation que Carole entretient avec chacun de ses fils, nous observons que cet aspect de distance appropriée prend nettement plus de place dans son discours, plus de place que tous les autres aspects en fait, lorsqu'il est question de son cadet (54.5% des cotes), comparativement à son aîné (26.7% des cotes). Avec ce premier fils, les éléments rejetants sont dominants dans les propos de Carole (53.3% des cotes). Nous notons que cet aspect rejetant est bel et bien présent dans la relation avec le cadet, dans une proportion du discours qui demeure importante (27.3% des cotes). De plus, notons la petite fréquence d'extraits d'entrevues, largement minoritaires en fait par rapport aux éléments rejetants, révélant des aspects fusionnels dans la relation de Carole avec l'un ou l'autre de ses fils (16.7% des cotes pour l'aîné et 9.1% pour le cadet). En fait, nous pouvons dire que l'aspect rejetant-abandonnant semble être une donnée fondamentale de la

maternité psychique de Carole, et ce avec ses deux fils, même si sa capacité et son désir à établir une distance affective appropriée avec son cadet est un élément qui paraît confirmer la nature moins conflictuelle de cette dernière relation. Les aspects maternels fusionnels ne semblent pas du tout à l'avant-plan de l'expérience maternelle de Carole, et ce même avec le fils qui paraît être le « préféré ».

Cette dernière observation nous semble contredire l'information transmise généralement dans la littérature portant sur les mères états-limites. Dans le chapitre suivant, nous tenterons de comprendre davantage quels éléments du fonctionnement intrapsychique des mères étudiées peuvent déterminer ces attitudes rejetantes ou fusionnelles. Nous réfléchirons notamment à l'influence respective des angoisses dépressives et paranoïdes, ces dernières étant peu considérées dans la littérature portant sur la maternité état-limite.

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

Dans cette section, nous réfléchirons aux enjeux qui sous-tendent les aspects fusionnels et rejetants des relations qu'Élise et Carole entretiennent avec leurs enfants. Notamment, nous tenterons d'analyser de quelle façon certaines caractéristiques du fonctionnement intrapsychique de chacune de ces mères (notamment leur vulnérabilité psychotique) peuvent influencer leurs mouvements respectifs de rejet et de fusion. Nous parlerons tout d'abord d'Élise, puis de Carole.

4.1 Sujet no. 1 : Élise

En général, il semble que la problématique d'abandon d'Élise ait motivé la conception de chacun de ses enfants. C'est également sous l'emprise du désir fusionnel maternel et de l'angoisse de séparation conséquente que chaque relation semble s'être amorcée. Toutefois, malgré ces bases communes, le cours de chaque histoire relationnelle semble avoir été très différent. En fait, selon l'avidité perçue (ou projetée?) chez l'enfant, chaque relation fut plus ou moins teintée de mouvements de rejet. Derrière ces attitudes de rejet, nous voyons donc se profiler l'influence prépondérante des angoisses de persécution d'Élise, même si les angoisses d'abandon jouent également un rôle, plus important semble-t-il que dans le cas de Carole dont nous discuterons ultérieurement.

4.1.1 La relation d'Élise avec Annie

L'expérience maternelle d'Élise commence avec une première grossesse espérée depuis des années, des problèmes de fertilité de son mari ayant retardé ce projet auquel elle tenait absolument, contrairement semble-t-il à ce dernier. Élise vit sa grossesse en imaginant positivement la future relation avec son bébé. Toutefois, après la naissance, moment de séparation s'il en est un, alors qu'elle se réveille à la suite d'une césarienne et qu'elle ne voit pas sa fille, Élise est envahie par la fantaisie qu'elle soit morte à la suite de l'accouchement. Elle relate ainsi la scène :

“Quand j’ai voulu la voir, ils ont dit : « elle n’est pas ici. » Et ils ne savaient pas où elle était. J’ai dit : « elle est morte! » Et je criais qu’elle était morte et qu’elle était morte... Je criais comme une vraie perdue et c’est mon mari qui a dit : « amenez le bébé! » L’infirmière a dit : « il faut le débrancher. » Tu as l’image d’un bébé qui est branché sur le respirateur... En fait, c’était juste des perfusions... Mais il n’y a rien eu pour dire : « écoutez madame, votre bébé est aux soins intermédiaires » (le bébé avait une infection). C’était des silences ou bien des regards... je les voyais tous, ils avaient des visages paniquants... ils avaient peur...”

L’ampleur de cette angoisse nous porte à penser que dès les premières minutes de vie d’Annie, un jeu d’identification projective-introjective s’est déployé sur la scène du théâtre de sa mère. Ainsi, nous pensons que cette naissance, de surcroît par césarienne, pourrait avoir été vécue par Élise comme une intrusion violente visant à la dérober avidement de son « bon » contenu interne (pôle introjectif) et conséquemment à le détruire. En fait, cette fantaisie pourrait résulter de la projection de l’avidité orale d’Élise sur le personnel médical, perçu comme ayant le projet d’assassiner son enfant en le « débranchant ». Nous pouvons penser que cette avidité, largement mise en lumière lors de notre évaluation psychologique, était au moment de cette naissance particulièrement aiguë étant donné les années d’attente de ce bébé qu’Élise aurait peut-être elle-même voulu « dévorer ».

D’ailleurs, Élise accepte très mal de ne pouvoir allaiter sa fille dès sa naissance. Elle nous explique qu’étant donné la « morphine » administrée à la suite de la césarienne, vécue d’ailleurs comme un échec, les infirmières refusent qu’elle donne le sein au bébé. D’emblée, la distance imposée entre elle et ce bébé tant attendu semble être une condition propice à l’éclosion de la dépression postnatale, comme l’illustre cet extrait :

« Ils ne veulent pas me donner mon bébé et je ne peux pas l'allaiter. Je ne peux même pas m'en occuper alors ça ne sert à rien. Je ne suis pas une bonne maman. Un accouchement par césarienne, ce n'est pas un vrai accouchement, c'est un échec. »

Mauvaise maman pour Annie, Élise aura l'impression de le demeurer longtemps, et cette représentation d'elle-même sera rapidement associée à celle d'une « mauvaise » enfant dont elle n'aura plus envie de s'occuper, parce qu'elle la jugera à la fois rejetante à son égard, mais aussi trop demandante, l'enfant devenant dans un cas comme dans l'autre le persécuteur.

En fait, malgré qu'Élise se raccroche à son désir d'être proche de cette enfant en tentant de l'allaiter pendant quatre mois, les obstacles au rapprochement semblent insurmontables. Ainsi, Élise nous raconte qu'Annie était souvent malade, “hurait” sans arrêt, souffrant entre autres d'une intolérance aux protéines bovines. Désespérée de constater que la seule personne qui arrive à la calmer est sa belle-mère, Élise se sent viscéralement rejetée par cette enfant qui lui rappelle encore aujourd'hui sa “mauvaise” mère étant donné sa “beauté”, son caractère “manipulateur” et “égoïste”. Certains extraits d'entrevue révèlent bien sa souffrance :

“Quatre mois d'enfer pour l'allaiter. Tout allait mal avec elle. J'arrivais pas à lui donner de l'affection, c'était impossible. Pis je voyais tellement ma mère dans cette petite bonne femme là que j'avais la même réaction avec ma mère qu'avec ma fille. C'est-à-dire, je vais te donner les soins nécessaires, mais je vais pas te donner d'amour”.

“Une mère qui n'aime pas son enfant, je ne pensais pas que ça pouvait exister. J'étais toujours en bataille avec moi-même en me disant “je dois l'aimer...” Aujourd'hui, je peux dire que je ne l'aimais pas et que c'était quelque chose qui était très dur.”

Quand Annie a six mois, Élise pense au suicide et une intervention de professionnels du CLSC s'avère nécessaire.

Non seulement, Élise perçoit Annie comme rejetante à son égard, étant *“la fille de ma belle-mère”*, mais elle peut prendre le visage d'un persécuteur qui l'attaque, physiquement même, angoisse qui suscite également le rejet de cette dernière. Ainsi, après son accouchement, Élise souffre de calculs biliaires et elle nous dit : *“A un moment, je me disais que c'était vraiment cette enfant là qui me donnait autant de douleurs, autant de misère, j'avais établi que c'était elle la responsable.”* Encore ici, nous pouvons voir à l'œuvre une fantaisie d'identification introjective, dans son versant plus anal ou urétral, Annie étant l'enfant déposant des objets dangereux dans le corps de sa mère.

Aujourd'hui, après un suivi de plusieurs années au CLSC, Élise arrive à reconnaître certaines qualités à Annie, mais dit tout de même qu'il y a encore entre elles *“une certaine distance, une certaine réserve”*, malgré le fait que certains rapprochements soient maintenant possibles. D'ailleurs, c'est la relation avec cette enfant qu'Élise juge encore la plus difficile et c'est envers elle qu'elle se sent le moins compétente dans son rôle maternel. Rappelons que c'est ce que suggéraient les résultats obtenus à l'Indice de Stress Parental (revoir les tableaux II, III et IV, p. 84, 86 et 89) et ceux obtenus suite à la cotation des entrevues effectuées avec Élise (revoir les figures 2,3 et 4, p. 91, 92 et 93).

4.1.2 La relation d'Élise avec Catherine

C'est alors que son aînée a dix-huit mois qu'Élise devient enceinte de sa seconde fille et qu'elle est de nouveau portée par l'espoir d'une relation qui arrivera à lui apporter le réconfort affectif tant recherché. Pour Élise qui se dit *“extrêmement heureuse d'être enceinte alors que tout allait mal avec Annie”*, cette grossesse est *“merveilleuse”* et ce bébé est son *“soleil”*. Toutefois, à l'annonce du sexe du bébé, Élise éprouve un mélange d'angoisse et de détresse, nous disant : *“J'ai beaucoup*

pleuré quand j'ai su que c'était une fille. Je n'en voulais pas. Avoir une fille, c'était encore avoir à souffrir de ça.” De nouveau, une intervenante du CLSC assure un certain suivi d'Élise afin nous dit-elle de prévenir l'apparition d'une seconde dépression post-natale.

Élise demeure encore très avide de cette nouvelle relation et croit pour une deuxième fois à la mort de son bébé lors de cette autre naissance par césarienne. Cette croyance met encore en lumière une certaine altération, bien temporaire cependant, du contact d'Élise avec la réalité. Bien qu'en apparences, l'angoisse de séparation associée à l'accouchement semble sous-tendre la régression d'allure psychotique, nous croyons que l'influence des angoisses paranoïdes est également à considérer, notamment si nous posons encore l'hypothèse qu'en raison de l'avidité orale d'Élise, un fantasme d'identification introjective, c'est-à-dire d'intrusion orale cannibalique dans le ventre maternel, est associé à la césarienne.

Toujours habitée par cette avidité, Élise se risque de nouveau au rapprochement physique et affectif en allaitant, pratique à laquelle elle dit tenir absolument. Avec ce second bébé, Élise semble plus en mesure, pendant un moment du moins, de mieux jouer le rôle d'ombre parlée et d'atteindre une certaine préoccupation maternelle primaire. En fait, il se produit une identification plus aisée à Catherine, qui ne lui rappelle pas sa mère en étant *“pas très jolie et plutôt tom boy”*, ce qui assure la continuité des projections négatives sur la fille aînée. Ainsi, à certains moments, Élise arrive à se nourrir de la proximité, de la fusion avec Catherine, disant même :

“Dès que je l'ai eue c'était mon rayon de soleil. Elle tétait facilement, elle était gourmande...C'est une enfant qui était très gloutonne et qui buvait, buvait, buvait! Elle me donnait tellement de satisfaction que j'étais euphorique. J'avais mon bébé, un bébé pour moi, et mon bébé était gentil.”

Toutefois, lorsque Catherine a six semaines, Élise est tiraillée entre son désir à la fois de continuer et d'arrêter de l'allaiter, expliquant que sa fille *“tétait mal, avait la*

diarrhée et vomissait". Élise se dit également "*malade et tannée*" d'allaiter à ce moment, pleurant en appelant dans un service de soutien à l'allaitement. Elle continue toutefois l'allaitement jusqu'à ce que son univers bascule, alors que Catherine a environ huit-dix mois. En fait, la demande orale accrue de ce second bébé la fait devenir à son tour un persécuteur. Élise raconte :

"Il est arrivé quelque chose... Y'a des dents qui ont percé, elle m'empêchait de dormir systématiquement...elle voulait boire tout le temps...elle mangeait, mangeait.. Pis moi je faisais une grosse dépression... J'avais beaucoup de colère! Un jour, je me suis dit : je serais capable de frapper mes filles."

De nouveau, Élise se sent "*nulle*" comme mère et est envahie d'idéations suicidaires, en réaction peut-être à la résurgence d'affects associés à la relation avec sa propre mère, décrite aussi comme "*mangeant et mangeant*", obsédée en fait par sa propre faim, par ses propres besoins. Nous nous demandons d'ailleurs si ces idées suicidaires ne représentaient pas pour Élise une tentative de fuir l'envahissement par les mauvais objets internes (les bons n'avaient-ils pas été dévorés par ses enfants avides?), condition psychique préalable à l'expérience psychotique de morcellement (Klein, 1946, 1972). Malheureusement, il ne nous a pas été possible d'en savoir davantage sur l'état mental d'Élise au moment de ces décompensations dépressives.

Notons toutefois qu'aujourd'hui, le capital de représentations positives des premiers mois de vie de Catherine semble s'avérer encore disponible (revoir la figure 2, p. 91), Élise arrivant souvent à se sentir compétente (revoir la figure 3, p. 92) en face d'une petite fille qui lui ressemble, "*pleine de vie, curieuse, au caractère prompt*". Elle semble également en mesure de faire preuve d'une plus grande empathie envers cette enfant, étant par moments sensible à ses sentiments et lui prêtant moins de mauvaises intentions qu'à sa fille aînée (revoir la figure 4, p. 93). Toutefois, Élise demeure aussi inconfortable face aux demandes de proximité physique de Catherine, qui sont pour elle agressantes, comme ces extraits le démontrent :

“Là, elle est toujours colleuse. Je lui dis : “Ok, ça suffit, ça suffit!” Ça me dérange.”

“Souvent, elle veut me coller, mais j’aime pas ça, j’aime pas beaucoup les enfants qui sont tout le temps en train de coller.”

4.1.3 La relation d’Élise avec Thomas

C’est alors qu’elle craint pour la vie de cette seconde fille, hospitalisée pour une gastro-entérite semble-t-il très grave, que le fils d’Élise est conçu. Malgré l’aspect contre-dépressif de cette troisième grossesse, Élise nous dit avoir été *“très en colère”* en l’apprenant, pensant : *“J’ai déjà assez de misère avec les deux qui sont là, je n’ai pas besoin de m’en taper un autre sur la tête!”*. Toutefois, lorsqu’elle apprend qu’elle aura un garçon, l’espoir de rompre le cycle de la répétition de la relation mère-fille paraît renaître chez Élise qui dit : *“J’ai enfin mon garçon!”* A la naissance, encore par césarienne, elle est de nouveau assaillie par la peur de perdre son bébé, ayant la fantaisie cette fois qu’il pourrait être victime d’un enlèvement à l’hôpital (elle n’a pas cru à sa mort à l’accouchement puisque c’est le seul enfant qu’elle a vu naître, n’étant pas dans son cas sous anesthésie générale lors de l’intervention chirurgicale). Élise nous décrit alors ses craintes, qui semblent avoir été de nature délirante ou du moins, quasi délirante:

“Après l’accouchement, j’avais peur la nuit qu’on m’enlève mon bébé...J’avais très peur des vols de bébés. Cela terrorise beaucoup car c’est vrai qu’il y a beaucoup de monde qui entre dans les hôpitaux. Il y a beaucoup de monde qui peuvent mettre un sarrau blanc et dire : on va faire un test à votre bébé. Cela me mettait beaucoup de stress en me disant : vous ne toucherez pas à mon bébé! Je viens avec vous si vous partez avec mon bébé.”

Comme pour ses filles, Élise tient absolument à allaiter Thomas, pratique qu’elle maintient cependant bien plus longtemps qu’avec les autres, soit jusqu’à ce qu’il ait

vingt mois. En fait, c'est avec ce fils qu'Élise semble le plus en mesure de tolérer la proximité affective et physique. Elle dit elle-même : *“J'ai beaucoup de misère à avoir de l'affection pour mes enfants, sauf pour mon fils... Je suis très près de lui au niveau câlins.”* Nous voyons même apparaître dans les propos d'Élise des fantaisies fusionnelles liées à sa problématique d'abandon et indiquant tout son besoin de réparation de sa carence affective :

“Tout autour de moi, un garçon est près de sa mère. La mère est comme à eux et il y a comme une relation d'exclusivité avec la mère. Les filles, il y a plus de compétition avec la mère, il n'y a pas ce rapport de grande tendresse... Les filles ont besoin de faire la différence d'avec leur mère, pas les garçons. On dirait que les mères ne les laissent pas aller et que les garçons ne sont pas prêts à laisser aller ce lien.”

Il est à noter que contrairement à ses filles, Élise ne parle pas de son fils en des termes qui évoquent autant une montée d'angoisse paranoïde face à un enfant perçu comme trop demandant. En fait, le lien avec cet enfant semble représenter pour Élise le compromis entre ses désirs et angoisses fusionnels. Ainsi, Thomas est décrit à la fois comme plus affectueux envers sa mère que ses soeurs, comblant davantage ses besoins oraux, mais aussi comme plus indépendant, comme s'il savait ne pas trop souvent outrepasser la limite au rapprochement que se fixe sa mère, ce qui en ferait tôt ou tard un persécuteur.

Ainsi, Élise dit avec satisfaction de son fils: *“Il demande des bisous et est très attachant”*, mais aussi : *“...même s'il a été malade petit, il ne se lamentait pas, il continuait à fonctionner...Il ne pleure pas beaucoup, ne s'agrippe pas...”*, ou encore: *“Avec lui, c'est beaucoup plus facile car dans l'après-midi, j'ai des choses à faire et il va jouer tout seul. Il fait ses affaires, il me lâche, il n'est pas collé après moi...”* C'est aussi envers Thomas que s'exprime le plus clairement un conflit entre les désirs et angoisses fusionnels d'Élise. En fait, cette dernière adopte à la fois des comportements démontrant une intolérance pour ses tendances régressives et un désir

de garder un lien fusionnel avec lui, comme le démontrent ces extraits et les résultats à la figure 4 (p.93).

“...moi je le laisse être le petit. C’est mon dernier et c’est mon bébé. D’ailleurs, je lui dis : tu es le bébé à qui toi? Ce n’est pas un grand garçon, mais c’est le bébé à maman et papa.”

“Là ça commence à me fatiguer qu’il n’aille pas sur le pot. Il sait qu’il doit faire tout ce qu’il a à faire sur le pot...Je n’aime pas changer un grand garçon. Je lui dis que je suis tannée de changer ses couches pleine de cacà! Tout le monde lui dit : “tu pues, vas t’en!” Quand il fait cacà et vient me le dire après, je lui dis : ce n’est pas bien, maman n’est pas contente.”

En fait, lorsque Thomas semble perçu comme agressant par ses demandes de rapprochement ou ses comportements jugés immatures, il se voit réserver le même sort que ses sœurs, soit un mouvement de rejet de la part de sa mère. Par exemple, Élise raconte comment elle peut lui dire *“arrête de pleurer parce que tu vas avoir une fessée”* quand il lui fait des *“crises”* et désire qu’elle le prenne dans ses bras. D’autres propos agressifs sont rapportés, tels que : *“...moi je suis fâchée avec toi. Vas t’en, je ne veux pas te voir la face...”*

4.1.4 Considérations générales sur le vécu maternel d’Élise

Nous pourrions dire que ce désir de rapprochement et le risque d’envahissement, d’intrusion dangereuse associé à celui-ci est un enjeu majeur dans la relation qu’entretient Élise avec ses enfants. Cette dernière semble en fait avoir adopté une stratégie pour minimiser à la fois l’émergence d’angoisses paranoïdes et d’abandon dans la relation avec ses enfants en général, soit adopter un mode de vie qui permet une proximité sans affectivité avec eux. Ainsi, elle dira qu’il est *“hors de question”* qu’elle travaille en dehors de son quartier, parce qu’elle veut apprendre des choses à

ses enfants, pouvoir « *balancer les légumes pour la constipation* » ou encore “*poser un verdict s'ils sont malades*”, à savoir “*s'ils rentrent ou pas.*” Elle ajoute d'ailleurs : « *je suis très proche de mes enfants, même si ce n'est pas au plan affectif*”, ou encore “*je suis plus pédagogue avec mes enfants que je suis affectueuse. La routine du bec le soir, je n'y arrive pas.* » D'ailleurs, les qualités maternelles qu'Élise s'attribue sont en lien avec l'aspect intellectualisé de son rôle : être présente pour avoir le temps de chercher des mots dans le dictionnaire avec ses enfants, leur transmettre des valeurs comme le respect de la nature, le respect de notre parole, etc.

Outre cette expression “modérée” et rationalisée du besoin d'Élise d'être proche de ses enfants pour éviter de ressentir une anxiété de séparation trop importante, nous remarquons que les aspects fusionnels actuels de la relation mère-enfant semblent souvent avoir un aspect narcissique. Ainsi, chaque enfant d'Élise semble avoir le mandat de la réparer narcissiquement, en s'accomplissant selon ses désirs à elle et non selon leur propre identité, ce qui n'est pas sans rappeler les aspects narcissiques de la personnalité d'Élise observés au Rorschach et à la MTCM. Ainsi, elle peut dire de son fils : “*...je le vois en politique car il en impose tellement par sa prestance*”, ou de ses filles:

“Petit à petit, je dirige mes filles vers la recherche (ce qu'elle et son mari auraient aimé faire). On les dirige...on dit: c'est le fun la musique... mais percer dans cela c'est difficile. On connaît des gens et on va t'en présenter. Fais un autre métier et parallèlement tu peux faire de la musique. Il y a des choses que l'on doit faire et d'autres que l'on aime faire. Ensemble, on va essayer de trouver quelque chose.”

Un tel discours laisse entrevoir des aspects de contrôle intrusif, mais révèle aussi l'intensité du désir narcissique qui brouille les cartes, de jeunes enfants se faisant parler comme s'ils avaient quinze ans. Ainsi, la croissance en accéléré semble valorisée par Élise, qui dit elle-même “*préparer*” déjà ses enfants à l'adolescence, à “*cette indépendance qui fait bien mon affaire*” .

Cependant, il ne faut pas oublier que pour Élise, exercer un contrôle sur la vie de ses enfants en demeurant près d'eux, pour des raisons dépressives et narcissiques, ne doit jamais se faire au détriment de son sentiment de liberté, d'identité même, qui devient vacillant quand le sentiment de contrôle se perd au sein d'un rapproché trop angoissant. Dans ce cas, l'enfant devient un persécuteur à mettre à distance, comme l'illustrent ces extraits :

“A huit heure le soir, je n'existe plus...je ne suis plus mère. Si je n'ai pas ce temps d'arrêt là, si je suis obligée, je suis confrontée, je vais devenir très agressive. Je dis : ben vous m'en demandez tout le temps! Je vais tous vous faire garder... me débarasser de vous autres! Je peux aller d'un extrême à l'autre parce qu'à force de donner, on est exigeant...Commence pas à m'écoeurer à sept heures et demie le soir parce que cela va bien mal aller... je commence à me choquer pis à crier fort.”

“Je n'aime pas qu'ils me prennent physiquement. Ça fait qu'à un moment donné, j'ai dit : mon nom il s'appelle pas maman. C'est une identité que j'ai eue parce que vous êtes nés. Moi je suis un individu (tentative de préserver les frontières du moi?), je m'appelle Élise puis lâchez-moi! T'as pas besoin de me toucher!...Puis j'aime pas être prise. La seule personne qui peut me prendre dans les bras, c'est mon mari.”

« J'ai toujours eu des enfants accrochés physiquement à moi...Tirer les vêtements, c'est quelque chose que j'ai en horreur...Maman! Pis VLAN! Ou bien je me fais rentrer dans le ventre (fantasme d'identification introjective?), comme ils sont petits. BANG! Pis là dans le ventre...Cela fait qu'ils me rentrent dedans. Maman, je t'aime, VLANG! »

4.2 Sujet no. 2 : Carole

L'analyse de nos entrevues avec Carole révèle, comme pour Élise, que sa problématique d'abandon semble avoir été le moteur de son désir d'enfant. Elle en parle d'ailleurs en ces termes : *“L'image que j'avais de la maternité, c'était ces photos de Johnson et Johnson où la maman est bien dans une couverture de laine avec son petit bébé.”* L'avidité affective de Carole est telle qu'elle avoue avoir désiré des enfants dès l'adolescence, désir qualifié “d'instable” par elle-même, une grossesse à dix-huit ans s'étant d'ailleurs soldée par un avortement. Selon Carole, son désir d'enfant varie au gré de son plus grand besoin affectif, formulé ainsi : *“Je voulais me créer le noyau familial que je n'avais pas eu. Je voulais me rapprocher de ma mère.”* Avec une grande lucidité, Carole reconnaît d'ailleurs, à quelques jours du décès de sa mère, le paradoxe qui l'habite, c'est-à-dire la présence simultanée d'une incapacité et d'un désir d'être mère :

“C'est clair que je n'aurais pas dû en avoir (des enfants)...Mais j'en avais besoin. Là que ma mère est vraiment malade, pour ne pas dire sur le bord de mourir...Mes cartes vont probablement changer encore, à l'inverse. Il n'y a rien de stable...Il y a des moments où t'en as besoin, d'autres non.”

En fait, confrontée à la maternité réelle, les aspects paranoïdes du fonctionnement psychique de Carole ont rapidement occupé une place très importante, sinon dominante, dans la relation avec ses enfants, surtout avec son fils aîné.

4.2.1 La relation de Carole avec Philippe

Ainsi, portée par son désir de réparation de sa propre carence affective, Carole se sent bien lors de sa première grossesse, disant même : *“Je me massais souvent le ventre, j'avais l'impression de le caresser d'avance”*. Toutefois, dès la naissance, la discordance entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire est intolérable pour Carole et cet

objet qui n'est pas idéal semble d'emblée assimilé à un mauvais objet persécuteur. Ainsi, Carole nous dit :

“Quand le bébé est sorti, je l'ai trouvé très laid et je n'en voulais pas et j'ai dit à mon chum de le prendre...”

“J'ai été un peu choquée par la couleur...pis aussi son regard...ça m'a pas fait peur mais je l'ai trouvé très vil pis je m'attendais pas à ça, il avait des petits yeux... j'ai vraiment eu l'impression qu'il me fixait. Pis il avait beaucoup beaucoup de cheveux très foncés...alors c'était vraiment euh...une petite bête là! J'ai été choquée, choquée...”

De la période dite fusionnelle avec son aîné, soit celle des premiers mois post-nataux, Carole garde un souvenir “épouvantable”. Selon ses propres dires :

“La naissance de Philippe a été un choc terrible! TERRIBLE! Je n'ai pas allaité longtemps...une semaine. J'étais trop traumatisée pour ça. Il était au sein à toutes les demi-heures! (Carole explique que Philippe pesait neuf livres à la naissance et avait très bon appétit) Je ne comprenais pas ça...Il pleurait tout le temps. J'en étais à me demander si je l'aimais cet enfant là. Je regrettais d'avoir un bébé, je ne savais pas ce qu'il voulait. Le premier contact a été très difficile. Quand il a eu un an, quand il a commencé à manger avec ses doigts, ça a commencé à être beaucoup plus relax.”

Pour illustrer l'ampleur de son désespoir face aux demandes de son nourrisson, Carole explique qu'une semaine après l'accouchement, elle était “en train de mourir”, et était “déçue, aigrie”. De la première année de vie de Philippe, Carole dira : “Je ne savais pas ce qu'il voulait, cette petite bête là m'était totalement incompréhensible...” Lorsque son fils a dix-huit mois, Carole décrit des épisodes de pleurs intenses en soirée en expliquant : “Je criais, j'en avais plein mon casque, j'étais écoeurée, écoeurée... j'étais grugée de colère, de haine.”

Ces extraits révèlent à notre avis l'impossible identification de Carole à son nourrisson et son incapacité à avoir été une ombre parlée pour lui. Ainsi, la préoccupation maternelle primaire ne semble pas avoir été un état atteignable pour elle, ni plus que la rêverie "saine" des angoisses archaïques de son bébé, Carole ayant plutôt été en plein cauchemar. En fait, l'avidité orale de ce fils, faisant probablement trop écho au caractère dévorateur de la sienne (Carole ne dit-elle pas qu'elle était "grugée" de haine?), n'a pu être vécue que comme une attaque menaçant sa propre intégrité physique et psychique. Outre la personnalité de Carole, ajoutons que certains facteurs de stress externe ont pu exacerber son sentiment d'impuissance, sa détresse et sa propre avidité lors de ces premières années de vie de son enfant. Ainsi, elle nous décrit un isolement social important puisque lors de sa grossesse, elle et son conjoint ont déménagé dans une région où ils n'avaient ni amis, ni famille. De plus, une détérioration importante au niveau conjugal amène Carole à se sentir "désespérée". Ainsi, elle explique qu'après la naissance, *"il s'est complètement détaché de moi. Il sortait, il rentrait à six heures du matin, souvent saoul. Cet ancrage qu'était le bébé, ça l'a traumatisé."*

Le temps passe et Philippe semble donc identifié comme le responsable des problèmes conjugaux, en plus de devenir, aux yeux de sa mère, une copie conforme de son père, "mauvais" conjoint, étant décrit comme lui ressemblant beaucoup étant donné son caractère "bougon", "maussade", "mou", "chiâleux", qui "manque d'effort et de volonté", et qui "ne veut jamais rien faire finalement". Les résultats de Carole à l'Indice de Stress Parental (tableau VI, p.121) et ceux obtenus suite à la cotation des entrevues effectuées avec elle suggéraient d'ailleurs une représentation plutôt négative de cet enfant (revoir la figure 5, p.126). Carole va même jusqu'à décrire la personnalité de Philippe comme "exaspérante". Face à ce fils aîné, elle se désole de ses incompétences maternelles, reconnaissant être "extrêmement colérique, impatiente et exigeante" à son égard (revoir les résultats à la figure 6, p.127 et ceux obtenus à la rubrique de compétences de l'ISP, tableau VI, p.121).

Carole est donc bien consciente du rejet qu'elle fait vivre à son fil aîné, rejet qui pourrait découler d'une souffrance à la fois dépressive, mais aussi paranoïde. Premièrement, Carole fut confrontée à l'impossibilité de combler son désir fusionnel avec cet enfant décevant au plan narcissique et rejetant, à sa façon, à son égard. En déployant une telle opposition, une telle passivité face aux demandes et aux tentatives de rapprochement de sa mère, parce qu'il semble bien y en avoir eu (comme faire certains jeux, faire des activités physiques ensemble), Philippe lui réserve à ses heures le même traitement rejetant. L'extrait suivant illustre d'ailleurs la tristesse de Carole face au mouvement rejetant perçu chez son fils :

“Je lui ai décoré un chapeau pour l'Halloween, ça a pris toute ma soirée, je n'ai pas étudié ce soir là...Il ne l'aimait pas le chapeau, il n'en voulait pas et il n'allait pas le mettre! Moi je devrais être l'adulte qui comprend et me dire que demain...il va être content d'apporter son chapeau. Ben non! Moi je fais une crise épouvantable! T'es pas gentil avec moi! J'ai passé toute ma soirée à m'occuper de toi! Tu devrais prendre conscience que je te donne du temps, que ça m'enlève du temps!. Pis tu vas aller te coucher, tu n'auras pas de bisou!”

Évidemment, outre le sentiment de rejet vécu par Carole, cet extrait met aussi bien en lumière qu'il lui est probablement difficile de ressentir un mouvement que nous qualifierions de “générosité maternelle” sans qu'il n'équivale à un sentiment de privation personnelle. Cela nous amène à revenir sur le deuxième aspect sous-tendant ses attitudes rejetantes à l'égard de son aîné, soit la dimension paranoïde dans le lien mère-enfant.

En fait, étant donné les comportements d'allure régressive de Philippe (il est décrit comme pleurnichard, peu autonome, manquant d'initiative, etc.), ce dernier est encore perçu par sa mère comme un enfant très exigeant, épuisant même, à mettre à distance, Carole disant d'ailleurs qu'avant d'entreprendre sa thérapie, “je n'acceptais pas qu'il demande autant.” Toutefois, cette démarche thérapeutique entreprise semble amener

Carole à porter par moments un regard plus nuancé sur son fils et à avoir plus d'empathie aujourd'hui qu'auparavant à son égard (revoir les résultats à la figure 7, p.128, qui suggèrent, malgré l'importance des mouvements rejetants envers Philippe, une certaine capacité d'établir une distance appropriée avec cet enfant). Carole tente également d'être plus indulgente envers elle-même en tant que mère, comprenant ses excès hostiles comme résultant d'un manque de modèle maternel, son fils aîné ayant malheureusement selon elle fait les frais de sa totale incompréhension de la nature d'un lien mère-enfant "normal".

Terminons en notant que malgré la psychothérapie, la relation entre Carole et Philippe demeure très tendue, sujette à leurs sautes d'humeur mutuels. Carole fait d'ailleurs le constat suivant : *"Là je sens que c'est un petit garçon négatif, mais moi j'ai gardé le même comportement avec lui."* A cet effet, il est possible que le caractère actuel de Philippe soit en lien avec ses difficultés relationnelles avec sa mère, mais que celles-ci aient été exacerbées par un tempérament objectivement difficile chez cet enfant, hypothèse que nous avons déjà posée lors de l'analyse des résultats de Carole à l'Indice de Stress Parental. En effet, notre expérience de clinicienne auprès d'enfants nous porte à penser, à la lumière de certaines informations livrées par Carole au sujet de Philippe (ne sait toujours pas ses couleurs à quatre ans, semble toujours avoir été hypotonique, est maladroit au plan moteur, semble avoir un faible niveau d'éveil, etc.), que ce dernier présente peut-être certaines difficultés développementales de nature constitutionnelles, voire génétiques, qui contribuent à l'émergence d'irritabilité et de rigidité (opposition, entêtement) au plan comportemental. L'idée n'est pas d'objectiver ici un problème développemental chez Philippe, mais plutôt de soulever l'importance de considérer les difficultés développementales (ou les problèmes de santé, si nous pensons à l'intolérance aux protéines bovines dont souffrent beaucoup de nourrissons) d'un enfant comme un facteur de risque supplémentaire (au même titre que la relation conjugale, la situation financière, le soutien social) influençant la mise en place d'une relation mère-enfant "suffisamment bonne".

4.2.2 La relation de Carole avec Charles

Concernant la relation avec son fils cadet, Carole la décrit comme étant la plus harmonieuse, ce qu'appuient les résultats à l'Indice de Stress Parental (tableau VII, p.124), et ceux obtenus suite à la cotation des entrevues (figure 7, p.128). Plusieurs raisons peuvent expliquer le caractère moins conflictuel de la relation avec Charles. D'abord, Charles est décrit comme un bébé plus "facile", "*merveilleux*", qui "*veut toujours participer à tout*" et qui nourrisson, "*suivait le rythme du reste de la famille*", contrairement à son frère aîné. Carole nous explique aussi qu'elle a beaucoup appris des "erreurs" commises avec son aîné et que de fait, son cadet bénéficie d'une certaine expérience acquise durement avec les années. Également, Carole rapporte une présence accrue de son conjoint suite à la naissance de Charles, conjoint lui offrant toujours aujourd'hui un soutien lui ayant terriblement manqué durant la première année de vie de Philippe. Une relation plus étroite avec sa mère de laquelle elle s'est rapprochée en déménageant de nouveau dans la même région qu'elle semble également avoir influencé positivement la relation de Carole avec Charles.

Outre ces facteurs externes, il est intéressant de noter à quel point avec le second enfant, Carole a minimisé les possibilités que puisse se rejouer une attaque fusionnelle, prévoyant en quelque sorte sa propre fuite avant la naissance de celui qui aurait pu être une autre "bête". En devenant "accidentellement" enceinte de ce second enfant, Carole songe à se faire avorter, expliquant : "*On venait juste d'acheter la maison, ma mère venait de m'acheter une voiture que je devais lui rembourser...c'était pas le temps...*" Heureuse malgré tout de la situation, Carole décide de garder cet enfant en posant toutefois une menace ultime à son conjoint, menace qu'elle qualifie elle-même de manipulatrice, soit : "*Je veux cet enfant là, mais si je revis ce que j'ai vécu à ma première grossesse, je vais sûrement avoir envie de tuer cet enfant là.*" Pressentant que la rencontre de sa propre solitude et de l'avidité d'un nouveau-né serait de nouveau destructrice, Carole met d'emblée une distance entre elle et ce deuxième enfant à venir en l'investissant peu lors de la

grossesse, ne prenant *“ni soin de mon alimentation, ni de mon corps”*, *“...ni de lui dans mon ventre.”* Son conjoint est également bien *“averti”* qu’elle commencera des études universitaires durant le mois suivant la date prévue de l’accouchement. Psychiquement, Carole ne deviendrait plus mère, son corps ayant même semblé résister à se laisser aller à cet état. Ainsi nous dira-t-elle : *“Ce fut très long avant d’avoir une montée de lait... pour dire comment mon corps avait pas... s’était pas adapté à ça, cet enfant là.”*

A l’accouchement, ce bébé est toutefois bien accueilli, contrairement à l’aîné, et l’allaitement qui dure trois semaines se déroule bien, tout comme le sevrage, au grand plaisir de Carole qui peut, en toute tranquillité d’esprit, s’adonner à ses intérêts professionnels. Elle explique donc comment pour se protéger, elle n’a pu vraiment se laisser aller à cet état de préoccupation maternelle primaire, de repli schizoïde, réinvestissant rapidement ou ne désinvestissant jamais le monde extérieur :

“Si j’étais restée à la maison après l’accouchement, j’aurais été plus dépressive, mais j’ai commencé mes cours le bébé avait un mois. Alors je me suis complètement détachée de mon enfant à ce moment là, j’ai pas eu le temps d’être triste et dépressive.”

Avec son fils cadet, Carole semble avoir aménagé une distance sécuritaire et dit profiter de sa psychothérapie pour tenter d’interpréter avec plus de nuances des comportements autrefois perçus comme des *“affronts”* avec son aîné. Ainsi, elle explique arriver davantage à reconforter Charles que Philippe, à lui prodiguer une certaine affection et à démontrer plus d’empathie à son égard. Conséquemment, elle se juge comme une *“meilleure”* mère, nous disant : *“je me suis améliorée”*. Les résultats à la rubrique de compétences de l’ISP (tableau VII, p.124) et à la figure 6 (p.127) concordent d’ailleurs avec ces dires.

Il n’en demeure pas moins qu’à certains moments, Carole n’arrive plus à tolérer les demandes de Charles et semble adopter envers lui aussi une attitude franchement

rejetante, tel que démontré par la présence d'un certain nombre d'extraits d'entrevue révélant cette attitude (revoir les résultats à la figure 7, p.128). Par exemple, en parlant de certains moments difficiles au coucher, elle dira: *“Là il crie, il pleure, il ne veut pas rester dans son lit. Il y a des soirs où carrément je ferme ma porte, je vais jusqu'au sous-sol, j'allume le son de la télé pour ne pas l'entendre...Ça ne me tente pas toujours de prendre quinze, vingt minutes à chanter.”*

D'autres extraits d'entrevue concernant la description faite par Carole de sa relation avec ses enfants en général illustrent également comment les demandes régressives de Charles peuvent être vécues comme des attaques menaçant son équilibre affectif.

4.2.3 Considérations générales sur le vécu maternel de Carole

Se jugeant une “bonne” mère étant donné son désir de changement, Carole reconnaît toutefois que la proximité avec ses enfants est à peine tolérable lorsqu'elle les perçoit comme “dépendants”. D'ailleurs, les résultats à la figure 7 (p.128) démontrent que plus de 80% des extraits d'entrevue portant sur la relation mère-enfant en général révèlent une attitude rejetante. Nos entrevues démontrent que Carole peut établir une distance appropriée avec ses enfants dans les situations où elle ne ressent pas de demandes affectives “exagérées” de leur part, auquel cas émergent les angoisses fusionnelles. En fait, Carole perçoit facilement et souvent ses enfants, même son cadet qu'elle préfère, comme des persécuteurs qui la briment, l'envahissent et l'attaquent lorsqu'ils formulent des demandes de proximité affective ou physique. La nécessité de mettre une distance entre elle et ses fils semble bien plus découler chez Carole d'une angoisse paranoïde que d'une angoisse d'abandon. Par exemple, elle dira :

“Que je sois obligée de partager mes choses avec quelqu'un, c'est parfois envahissant. Je pense que c'est difficile de laisser les enfants prendre leur place dans ma vie à cause de ça aussi, je suis dérangée. Même, j'ai déjà dit à Philippe : arrête de me parler, j'aimerais ça être toute seule dans ma tête. Il y

a une période où ils parlent beaucoup, beaucoup...Je trouvais ça dur parfois.”

Cette dernière citation, évoquant pour nous le danger d'intrusion ressenti par Carole lors du rapprochement avec ses fils, apporte un éclairage au fait que la maternité est pour elle une tâche lourde dont elle voudrait se débarrasser, une tâche qui empêche sa réalisation personnelle, l'expression de son individualité, comme cela apparaît à la rubrique de restriction des rôles de l'ISP (tableaux VI et VII, p.121 et 124) et comme elle le dit dans ces quelques extraits :

“J'ai tellement l'impression que ma vie professionnelle et ma vie de mère sont...éloignées que je ne peux pas les associer. J'ai souvent l'image de quitter la maison, laisser les enfants à mon mari et faire ma vie à moi, mais je ne sais pas si je vais me rendre à ça.”

“Moi je ne suis pas une mère. Il y a des femmes qui ont des enfants, elles semblent devenir des mères. Pas moi. Moi je suis moi et j'ai des enfants...”

Aujourd'hui, Carole dit ne plus avoir tellement envie de s'impliquer avec ses enfants et constate passer peu de temps avec eux. Elle décrit un lien mère-enfant que nous qualifierions de “fonctionnel” (elle prépare leur souper, les laisse dans le bain pendant qu'elle fait la vaisselle, etc.). Elle se défend de toute tristesse en leur absence, comme elle se refuse à reconnaître que son éventuelle absence dans le cas d'une séparation avec son conjoint pourrait réellement les affecter, étant donné que contrairement à elle lorsqu'elle était petite, ils auraient au moins un lien avec leur père. Ainsi, la reconnaissance d'un lien d'attachement mutuel, trop impliquante et possiblement envahissante au plan affectif, apparaît comme une éventualité redoutable pour Carole, comme l'exprime cet extrait : *“Est-ce que j'en souffre moi? (de voir peu ses enfants) Non... ils ne me manquent pas. Je ne ressens pas le besoin d'être toujours auprès d'eux, non. C'est plutôt la plénitude sans mes enfants.”* Il est

d'ailleurs intéressant que Carole emploie ici le terme plénitude, comme si l'absence de ses enfants lui permettait justement de demeurer entière, intègre.

Se sentant "*prise*" avec ses enfants, c'est l'autonomie croissante de ceux-ci que Carole valorise, et non leurs demandes régressives. Comme elle le dit : "*J'ai beaucoup de difficultés à supporter ma voisine, justement parce que c'est une femme qui est très couveuse de ses enfants et moi je suis comme ma mère : allez-y! Allez-y! Elle, ah! Ses enfants sortent de l'enfance... Tant mieux chère!*" Carole ajoute aussi :

"Philippe a marché à 13 mois et je trouvais ça tard...je voulais qu'il soit propre et qu'il mange tout seul bien avant le temps. Avec Charles, je suis plus compréhensive parce que je sais par expérience que c'est une période, qu'il va se détacher de moi."

"Plus la communication se fait par le langage... plus je me rapproche de mon rôle de mère. Parce que c'est par le langage que je communique le mieux."

Pour conclure sur les aspects fusionnels de la relation de Carole avec ses enfants, ils semblent plus reliés aux traits narcissiques observés chez elle lors de notre évaluation qu'à sa problématique d'abandon. Ainsi, jamais nous n'observons en entrevue une manifestation claire ou avouée d'angoisse d'abandon au sein du lien mère-enfant. Nous pouvons cependant relever à quelques reprises un fantasme d'enfants qui ont dans une certaine mesure le mandat d'être son prolongement narcissique.

Par exemple, Carole se plaint abondamment du fait que son aîné n'a pas les mêmes intérêts qu'elle. Entre autres, elle est passionnée de littérature et alors que Philippe n'a que quatre ans, elle dit qu'elle aimerait qu'il suive des cours de religion pour "*comprendre les allusions dans les textes littéraires s'il se dirige en journalisme*". D'ailleurs, Carole s'inquiète beaucoup de difficultés d'apprentissage perçues chez son fils, se disant par moments convaincue que "*son pattern à lui, c'est le mien*", notamment lorsqu'elle évoque sa crainte qu'il soit aussi mauvais élève qu'elle-même

dit avoir été. A certains moments, elle nous confie : *“J’ai beaucoup de travail à faire pour laisser Philippe être ce qu’il est vraiment et non ce que je voudrais qu’il soit”*, notamment un enfant bilingue, Carole désirant à tout prix que son fils intègre une maternelle anglophone. Ce dernier point nous renvoie d’ailleurs au possible désir inavoué de Carole, soit le désir oedipien d’offrir un enfant à son propre père, un homme d’origine anglophone. Ainsi, à défaut d’avoir un lien avec son grand-père paternel, le petit Philippe pourrait peut-être parler sa langue et ainsi, fantasmatiquement, s’inscrire dans la filiation de ce dernier, ce que Carole sent qu’elle n’a jamais réussi à faire. D’ailleurs, la dernière visite à son père eut lieu suite à la naissance de Philippe qu’elle désirait *“lui montrer”*, rencontre qui n’a bien sûr pas répondu aux attentes de retrouvailles de Carole. Ainsi, une partie du drame de Carole au sein du lien avec Philippe semble résider dans cet échec narcissique. D’une part, échec à séduire son père. D’autre part, échec à trouver une réelle voie d’identification à cet enfant dont elle n’est jamais arrivée à faire la connaissance et qui n’est la plupart du temps à ses yeux qu’un calque du tiers, soit son propre conjoint, ou encore plus inconsciemment, son propre père, un homme tout aussi méprisé. Le petit Philippe peut aussi devenir le miroir des failles narcissiques de Carole (en référence à ses craintes face à sa réussite scolaire), ce qui ne fait que refermer davantage sur lui un piège identificatoire dont il a, pour l’instant, peine à se délivrer.

Avec Charles, la plupart des aspects fusionnels du lien mère-enfant semblent aussi avoir une teneur narcissique, mais heureusement, cet enfant semble plus répondre aux attentes de sa mère. Par exemple, Carole nous dit : *“Charles était couché sur le ventre, la tête accotée en train de feuilleter un livre d’images. J’ai trouvé ça tellement beau! Je me suis dis : wow! On est sur la bonne voie, un petit intellectuel!”*

CHAPITRE 5 : CONCLUSION

Dans le cadre de cette étude clinique, nous avons réfléchi à différents enjeux liés au processus de séparation-individuation dans la relation entretenue par deux mères états-limites avec leurs enfants. Nous avons remis en question « l'universalité » de la théorie de Masterson et Rinsley (1975), théorie ayant largement influencé la vision de nombreux cliniciens, voulant que les mères états-limites, pour des raisons liées à leur problématique d'abandon, apprécient la période dite symbiotique ou fusionnelle du lien mère-enfant et éprouvent des difficultés à tolérer les manifestations d'autonomie croissante chez leurs enfants, renforçant plutôt chez ces derniers une forme de dépendance régressive.

En fait, l'analyse de nos entretiens a mis en lumière que bien que l'angoisse d'abandon de certaines mères états-limites puisse avoir motivé le désir et la conception de leurs enfants, les aspects paranoïdes de leur fonctionnement intrapsychique ont quant à eux rapidement pris une place importante au sein du lien mère-enfant, dès les premiers mois postnataux, c'est-à-dire durant la période dite symbiotique du lien mère-enfant. En entretien, nous avons observé que les demandes dites « régressives » des enfants étaient la majeure partie du temps perçues par leur mère comme des attaques envers elles, entraînant de ce fait de la part de ces dernières, non pas un renforcement ni une tendance au rapprochement accrus, mais plutôt un mouvement de rejet plus ou moins franc. Bien que pour chaque mère étudiée l'aspect rejetant de la relation avec l'enfant pouvait être d'une ampleur différente, certains enfants identifiés comme « bons » par nos mères en faisant moins l'objet que d'autres, il est invariablement apparu au sein de chaque relation étudiée. De plus, cet aspect rejetant dans les liens mère-enfant est en général apparu plus important que l'aspect dit « fusionnel », et ce semble-t-il à toutes les périodes de la vie de l'enfant, autant durant la phase symbiotique que durant les phases d'une plus grande recherche d'autonomie. Dans ce contexte, il n'est peut-être pas étonnant que

les résultats obtenus à l'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle (EASM) n'aient pas révélé une angoisse de séparation importante chez nos mères états-limites.

En fait, les enjeux « fusionnels » dans les liens mère-enfant nous ont avant tout semblé être d'ordre narcissique, les enfants ayant à des degrés divers le mandat de réparer narcissiquement leur mère, entre autres en s'accomplissant d'une façon prescrite plus ou moins consciemment par celle-ci. Bien que chez une des mères rencontrées (Élise) une angoisse de séparation plus consciente en lien avec certaines attitudes fusionnelles fut exprimée par moments, surtout lorsqu'il fut question de la relation avec son fils cadet, nous avons plutôt observé une tendance maternelle générale non pas à entraver, mais à exiger des enfants une autonomie précoce. Ainsi, les deux mères étudiées nous ont dit apprécier avoir des enfants « indépendants » et « autonomes » et avoir été soulagées d'émerger de la relation avec un nourrisson. En effet, à plusieurs égards, cette période précoce de la relation mère-enfant fut source de grande détresse psychologique pour nos deux mères à l'étude, possiblement même de dépression majeure pour ce qui est du lien avec certains enfants, ces mères ayant à différents degrés éprouvé des difficultés considérables à s'identifier à leurs nourrissons, n'arrivant pas à faire suffisamment preuve de préoccupation maternelle primaire ou de capacité de rêverie maternelle.

En fait, même en présence d'enfants plus autonomes, les relations mère-enfant nous ont semblé être toujours potentiellement très conflictuelles, source parfois d'un très haut niveau de stress maternel, tel que mis en lumière par les résultats obtenus à l'Indice de stress parental (ISP). Rappelons-nous d'ailleurs qu'un tel niveau de stress n'est pas associé à des comportements entravant l'autonomie de l'enfant, tel que la surprotection maternelle, mais bien à des comportements du registre rejetant, tels que la négligence et/ou la manifestation d'agressivité ouverte envers l'enfant. Également, rappelons-nous l'interaction complexe entre différents facteurs influençant ce niveau de stress maternel et par conséquent, le risque d'agirs rejetants à l'égard de l'enfant. Ainsi, nous avons observé chez nos mères, à divers degrés pour chacune, l'influence non seulement des caractéristiques de leur personnalité, mais aussi d'autres éléments

pouvant y être reliés ou non tels que le niveau de satisfaction conjugale, la qualité du soutien social ou encore les caractéristiques propres à la personnalité de chacun de leurs enfants. La pratique clinique démontre bien en fait que ces facteurs influencent favorablement ou non le comportement de toute mère, même celle ne présentant pas de psychopathologie. Pour notre part, nous émettons l'hypothèse que chez les mères états-limites, ils modulent la qualité d'une relation mère-enfant qui du seul fait de la psychopathologie maternelle, est déjà à haut risque de perturbations majeures.

Concernant cette psychopathologie, nous avons relevé chez les deux mères étudiées une énorme difficulté à s'identifier sereinement aux états affectifs de leurs nourrissons, notamment à leurs angoisses primitives des premiers mois de vie. Cette difficulté met à notre avis en lumière une caractéristique essentielle du fonctionnement intrapsychique de ces mères à l'étude. En fait, à la suite d'une évaluation psychologique approfondie de chacune d'elles, nous avons conclu, en référence à la théorie de Mélanie Klein (1946, 1972), à la présence de fixations importantes à la position schizo-paranoïde et à l'accès plus ou moins important aux enjeux propres à la position dépressive. Nous avons postulé que des écueils importants au niveau de la résolution de la position schizo-paranoïde empêchaient ces femmes de « rêver » les angoisses archaïques de leur nourrisson, ces dernières faisant trop écho à leur monde interne, en plus de les rendre vulnérables à la régression psychotique en situation de rapprochement relationnel affectif ou physique intense, comme on le retrouve au sein du lien mère-nourrisson. Nous émettons donc l'hypothèse que cette fragilité psychotique (tendance à l'émergence d'angoisses d'intrusion marquées, à la dissolution des frontières du moi et à l'altération conséquente du contact avec la réalité) rencontrée chez certaines mères états-limites pourrait expliquer que les demandes régressives de leurs enfants, perçues comme des attaques menaçant leur intégrité, amènent un mouvement de rejet plutôt que de rapprochement. Nous croyons qu'une meilleure résolution de la position schizo-paranoïde associée à un ancrage plus solide au niveau de la position dépressive pourraient être autant d'éléments sous-jacents à une expérience plus abandonnique, dépressive, que paranoïde dans la relation mère-enfant. D'ailleurs, dans le cadre de

cette étude, nous avons observé l'émergence plus fréquente, bien que relative, d'une angoisse de séparation sous-jacente à certains comportements de rapprochement, chez la mère dont la présence d'enjeux dépressifs ou de perte d'objet était plus évidente à l'évaluation psychologique (Élise). La présence de ces enjeux dépressifs semblait d'ailleurs liée avec l'intériorisation de certains « bons » objets (la grand-mère maternelle, le beau-père), ces « bons » objets étant quasi inexistant dans le discours de l'autre mère (Carole). Dans ce contexte, il nous est permis de nous demander si les mères états-limites décrites par Masterson et Rinsley (1975) ne présentent pas un fonctionnement davantage marqué par l'angoisse d'abandon que par l'angoisse paranoïde, étant peut-être moins sujettes à la régression psychotique que celles que nous avons étudiées.

Des études ultérieures sur un plus grand nombre de sujets pourraient permettre d'explorer plus à fond l'influence de ces différences au sein du fonctionnement intrapsychique sur l'expérience de la maternité chez les états-limites. Idéalement, ces études pourraient être de nature prospective (et non rétrospective comme la nôtre), des chercheurs accompagnant par exemple des mères états-limites de leur grossesse à l'âge scolaire de leurs enfants, non seulement dans le cadre d'entrevues, mais aussi d'observations directes des interactions mère-enfant. A ce sujet, il serait très pertinent d'évaluer l'état mental des mères états-limites durant les premiers mois postnataux, afin de savoir si certaines d'entre elles vivent des expériences attestant d'une altération de leur contact avec la réalité (sans qu'il ne soit question de psychose post-partum), hypothèse que nous jugeons tout à fait plausible, mais que nous n'avons pu mettre directement à l'épreuve dans le cadre de notre étude.

Lors de telles études plus approfondies, d'autres questions demeurant pour nous en suspens pourraient aussi être étudiées. Ainsi, nos résultats nous portent à nous demander si le premier né est plus à risque d'être l'objet des projections négatives de sa mère, c'est-à-dire de représenter un mauvais objet intériorisé que les enfants suivants. Se produit-il ce que nous nommerions une « liquidation » des projections négatives sur cet aîné, du fait que le processus de régression infantile en lien avec le

devenir mère se produit pour la première fois? Nous nous demandons aussi si un enfant identifié d'emblée comme « mauvais » peut arriver à se départir de ce sceau en se développant où s'il est, pourrait-on dire, condamné à porter toute sa vie cette étiquette? Un enfant identifié d'emblée comme « bon » se trouve-t-il protégé d'une certaine façon des effets ultérieurs des projections maternelles négatives? Également, jusqu'à quel point des difficultés développementales (qui pourraient être mesurées) ou des ennuis de santé chez l'enfant et leur moment d'apparition influencent-ils le cours des représentations et des attitudes maternelles?

Nous croyons que les réponses à de telles questions pourraient enrichir et nuancer la pratique clinique quotidienne auprès des mères états-limites et leurs enfants. Ainsi, dans le cas où l'hypothèse principale découlant de notre travail serait confirmée par d'autres études, il serait particulièrement pertinent, comme clinicien, d'effectuer une évaluation psychologique approfondie des patientes états-limites en période prénatale afin d'identifier les dyades mère-bébé à risque de troubles relationnels ou d'attachement très précoces, et ce à des fins d'intervention préventive en période postnatale. Également, la pratique clinique auprès des mères états-limites devrait s'attarder davantage, croyons-nous, à l'identification et à l'élaboration des angoisses psychotiques paranoïdes, d'intrusion, voire de morcellement éprouvées par certaines de ces mères dans la relation avec leur(s) enfant(s). Ainsi, nous croyons qu'un focus sur la dynamique dépressive d'angoisse de perte d'objet de ces mères occulte probablement pour certaines une partie fondamentale et hautement désorganisée, peut-être parce qu'encore plus inconsciente et inavouable, de leur expérience maternelle. Finalement, si d'autres facteurs de risque de perturbation relationnelle ou encore de trouble d'attachement mère-enfant étaient ultérieurement identifiés par d'autres études (comme d'être un aîné, d'être d'emblée identifié comme un mauvais enfant), l'intervention pourrait aussi être plus intense en certaines circonstances, par exemple, lors de la naissance d'un premier-né ou auprès de la dyade mère-enfant comprenant l'enfant identifié comme le « mauvais » dans le cas de la présence d'une fratrie composée d'enfants plus vieux.

Nous espérons que de telles recherches sur la maternité état-limite, encore beaucoup trop rares étant donné l'importance de cette problématique clinique, se poursuivront dans les prochaines années. A notre avis, elles ne peuvent que supporter les cliniciens dans une pratique extrêmement complexe, en raison bien sûr de la psychopathologie maternelle, mais aussi des multiples influences psychosociales que subit toute relation mère-enfant, et dont tout intervenant doit également tenir compte.

RÉFÉRENCES

- Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index (3rd edition) – Manual*. Odessa (FL) : Psychological Assessment Resources.
- Acklin, M.W. (1992). Psychodiagnosis of Personality Structure : Psychotic Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, 58, (3), 454-463.
- Acklin, M.W. (1993). Psychodiagnosis of Personality Structure II: Borderline Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, 61 (2), 329-341.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition*. Washington, DC.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation – du pictogramme à l'énoncé*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase : a contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 389-417.
- Benedek, T. (1970). Motherhood and nurturing. In Anthony, E.J. et Benedek, T. (Eds), *Parenthood : its psychology and psychopathology* (p.153-165). Boston : Little Brown.
- Bergeret, J. (1985). Les grandes structures de base. In Bergeret, J., *La personnalité normale et pathologique* (p.65-162). Paris : Dunod.
- Bezirgianian, S., Cohen, P. Brook, J.S. (1993). The Impact of Mother-Child Interaction on the Development of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150 (12), 1836-1842.

Bigras, M., LaFrenière, P.J., Abidin, R.R. (1996). *Indice de Stress Parental : manuel francophone en complément à l'édition américaine*. Toronto : Multi-Health Systems.

Bion, W.R. (1964). Théorie de la pensée. *Revue française de psychanalyse*, 1, 75-84.

Bouchard, M.A., Audet, C., St-Amand, P., Picard, C., Wiethaeuper, D. (1997). Towards a Multidimensional Monitoring of the Psychoanalytic Process : the Montreal Transference Countertransference Measure. *Communication présentée au 20th Ulm Workshop of Empirical Research in Psychoanalysis, Allemagne, juin 1997*.

Bouchard, M.A. (1998). *The Montreal Transference-Countertransference Measure. An Operational Description of the Patients Maturity of Internalized Object Relations in the Transference, of the Therapist's Interpretative Focus, Degree of Inferential Communication, Mental State and Immediate Impact. Parts I-IV*. Montréal : Département de psychologie, Université de Montréal.

Bouchard, M.A., Picard, C., Audet, C., Brisson, S.H., Carrier, M. (1998). *The Patient's In-Session Mental States : Scoring Manual*. Montréal : Département de psychologie, Université de Montréal.

Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod.

Chabert, C. (1987). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris : Dunod.

Cornell, D.G., Silk, K.R., Ludolph, P.S., Lohr, N.E. (1983). Test-Retest Reliability of the Diagnostic Interview for Borderlines. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1307-1310.

Danti, J., Adams, C. et Morrison, T.L. (1985). Children of Mothers with Borderline Personality Disorder : A Multimodal Clinical Study. *Psychotherapy*, 22(1), 28-35.

Derogatis, L, R. (1994). *Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual (3rd ed)*. Minneapolis : National Computer Systems.

Deutsch, H. (1967). *La psychologie des femmes (II). Maternité*. Paris : Presses Universitaires de France.

Éthier, L.S., Lacharité, C., Couture, G. (1995). Childhood Adversity, Parental Stress, and Depression of Negligent Mothers. *Child Abuse and Neglect*, 19(5), 619-632.

Exner, J.E. (1974). *The Rorschach : A Comprehensive System : Vol.1*. New York : John Wiley & Sons.

Exner, J.E. (1986). *The Rorschach : A Comprehensive System : Vol.1. Basic foundations (2nd ed.)*. New York : John Wiley & Sons.

Exner, J.E. (1990). *A Rorschach Workbook for the Comprehensive System*. Asheville, NC: Rorschach Workshops.

Exner, J.E. (1991). *The Rorschach : A Comprehensive System : Vol.2. Interpretation (2nd ed.)*. New York : John Wiley & Sons.

Exner, J.E. (1993). *The Rorschach : A Comprehensive System : Vol.1. Basic foundations (3rd ed.)*. New York : John Wiley & Sons.

Exner, J.E. (1995). *The Rorschach : A Comprehensive System : Vol.3. Assessment of Children and Adolescents (2nd ed.)*. New York : John Wiley & Sons.

Flavigny, C. (1989). Clinique de la transmission intergénérationnelle en psychiatrie infant-juvénile. *L'Évolution Psychiatrique*, 54 (1), 105-114.

Fortin, M.F., Coutu-Wakulczyk, G. (1985). *Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale. Le SCL-90-R*. Rapport final présenté au Conseil québécois de la recherche sociale.

Goldstein, L.H., Diener, M.L., Mangelsdorf, S.C. (1996). Maternal Characteristics and Social Support Across the Transition to Motherhood : Associations with Maternal Behavior. *Journal of Family Psychology, 10*(1), 60-71.

Golomb, A., Ludolph, P., Westen, D., Block, J.M., Maurer, P., Wiss, F.C. (1994). Maternal Empathy, Family Chaos, and the Etiology of Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 42*(2), 525-548.

Gosselin, M., Bergeron, J. (1993). *Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R*. Montréal : Série "Les cahiers de recherche du RISQ".

Grinker, R.R., Werble, B. et Drye, R.C. (1968). *The Borderline Syndrome*. New York: Basic Books.

Gunderson, J.G., Kolb, J.E. (1978). Discriminating Features of Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry, 135* (7), 792-796.

Gunderson, J.G., Singer, M.T. (1975). Defining the Borderline Patient : An Overview. *American Journal of Psychiatry, 132* (1), 1-10.

Gunderson, J.G., Kerr, J., Woods, D. (1980). The Families of Borderlines : A Comparative Study. *Archives of General Psychiatry, 37*, (1), 27-33.

Gunderson, J.G. Zanarini, M.C. (1989). *Diagnostic Interview for Borderlines – Revised (DIB-R)*. Mc Lean Hospital, Psychosocial Research Program, Massachussets.

Gunderson, J.G., Zanarini, M.C. et Kisiel, C. (1995). Borderline Personality Disorder. In Livesley, W.J (Eds), *The DSM IV Personality Disorders* (p. 141-157). New York : The Guilford Press.

Guttman, H.G., Laporte, L. *Entrevue diagnostique révisée pour troubles limites de la personnalité, version française du Diagnostic Interview for Borderlines – Revised*, Montréal : Institut Allan Memorial, Hôpital Royal Victoria.

Hock, E., McBride, S., Gnezda, M.T. (1989). Maternal Separation Anxiety : Mother-Infant Separation from the Maternal Perspective. *Child Development*, 60, 793-802.

Holman, S.L. (1985). A Group Program for Borderline Mothers and their Toddlers. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35 (1), 79-93.

Jacobvitz, D.B., Morgan, E., Kretchmar, M.D., Morgan, Y. (1991). The Transmission of Mother-Child Boundary Disturbances Across Three Generations. *Development and Psychopathology*, 3, 513-527.

Kernberg, O. (1989a). *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse : Privat.

Kernberg, O. (1989b). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris : Presses Universitaires de France.

Klein, M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In Klein, M., Heimann, P., Isaacs et Rivière, J., *Développements de la psychanalyse* (p. 274-300). Paris : Presses Universitaires de France.

Klein, M. (1972). *La psychanalyse des enfants*. Paris : Presses Universitaires de France.

Lawson, C.A. (2002). *Understanding The Borderline Mother. Helping Her Children Transcend the Intense, Unpredictable, and Volatile Relationship*. Northvale : Jason Aronson.

Lebovici, S. (1989). Aux frontières de la psychose infantile : problèmes cliniques et thérapeutiques. *L'information psychiatrique*, 65 (1), 43-47.

L'Écuyer, R. (1990). *Méthode d'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept_de soi*. Sillery : Presses de l'Université du Québec.

Lerner, B., Raskin, R. et Davis, E.B. (1967). On the Need to be Pregnant. *International Journal of Psychoanalysis*, 48, 288-297.

Loyd, B.H., Abidin, R.R. (1985). Revision of the Parenting Stress Index. *Journal of Pediatric Psychology*, 10 (2), 169-177.

Ludolph, P.S., Westen, D., Misle, B., Jackson, A., Wixom, J., Wiss, F.C. (1990). The Borderline Diagnosis in Adolescents : Symptoms and Developmental History. *American Journal of Psychiatry*, 147 (4), 470-476.

Mahler, M.S., Pine, F. et Bergman, A. (1970). The Mother's Reaction to her Toddler's Drive for Individuation. In Anthony, E.J. et Benedeck, T. (Eds), *Parenthood : its psychology and psychopathology* (p.257-274). Boston : Little Brown.

Mahler, M.S. (1971). A Study of the Separation-Individuation Process and its Possible Application to Borderline Phenomena in the Psychoanalytic Situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403-424.

Mahler, M.S. (1980). *La naissance psychologique de l'être humain*. Payot : Paris.

Masterson, J.F. (1972). *Treatment of the Borderline Adolescent. A Developmental Approach*. New York : Wiley.

Masterson, J.F. (1976). *Psychotherapy of the Borderline Adult. A Developmental Approach*. New York: Brunner/Mazel.

Masterson, J.F. (1981). *The Narcissistic and Borderline Disorders. An Integrated Developmental Approach*. New York : Brunner/Mazel.

Masterson, J.F. et Rinsley, D.B. (1975). The Borderline Syndrome : The Role of the Mother in the Genesis and Psychic Structure of the Borderline Personality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 56, 163-177.

McBride, S., Belsky, J. (1988). Characteristics, Determinants, and Consequences of Maternal Separation Anxiety. *Developmental Psychology*, 24 (3), 407-414.

Meloy, J.R., Singer, J. (1991). A Psychoanalytic View of Rorschach Comprehensive System "Special Scores". *Journal of Personality Assessment*, 56 (2), 202-217.

Paris, J., Zweig-Frank, H. (1989). Perceptions of Parental Bonding in Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 146 (11), 1498-1499.

Paul, N.L. (1970). Parental Empathy. In Anthony, E.J. et Benedek, T. (Eds), *Parenthood : its psychology and psychopathology* (p.337-352). Boston : Little Brown.

Racamier, P.C. (1979). La maternalité psychotique. In Racamier, P.C., *De psychanalyse en psychiatrie. Études psychopathologiques* (p.193-242). Paris : Payot.

Righetti-Veltima, M. (1986). Psychopathologie et maternité. *Annales médico-psychologiques*, 144 (9), 987-1008.

Rinsley, D.B. (1980). The Developmental Etiology of Borderline and Narcissistic Disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 44 (2), 127-133.

Rogosch, F.A., Mowbray, C.T., Bogat, G.A. (1992). Determinants of Parenting Attitudes in Mothers with Severe Psychopathology. *Development and Psychopathology*, 4, 469-487.

Rorschach, H. (1942). *Psychodiagnostics*. Bern : Hans Huber. (Ouvrage original publié en 1921).

Scharbach, H., Moisan, M. (1983). Psychopathologie de la puerpéralité. *Annales médico-psychologiques*, 141 (3), 323-335.

Schafer, R. (1954). *Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing : Theory and Application*. New York: Grune & Stratton.

Shapiro, E.R., Zinner, J., Shapiro, R.L, Berkowitz, D.A. (1975). The Influence of Family Experience on Borderline Personality Development. *International Review of Psycho-Analysis*, 2, 399-411.

Singer, M.T., Larson, D.G. (1981). Borderline Personality and the Rorschach Test. *Archives of General Psychiatry*, 38, 693-698.

Stone, M.H. (1981). Borderline Syndromes : A Consideration of Subtypes and An Overview, Directions for Research. *Psychiatric Clinics of North America*, 4 (1), 3-24.

Tarrab, G. et Pelsser, R. (1991). *Le Rorschach en clinique et en sélection*. Marseille : Hommes et Perspectives.

Taylor, S. (1995). Commentary on Borderline Personality Disorder. In Livesley, W.J (Eds), *The DSM IV Personality Disorders* (p. 165-171). New York : The Guilford Press.

Teti, D.M., Gelfand, D.M., Pompa, J. (1990). Depressed Mothers' Behavioral Competence with Their Infants : Demographic and Psychosocial Correlates. *Development and Psychopathology*, 2, 259-270.

Thayer, V.B. (1986). The Use of a Support Group for Borderline Mothers of Adolescents. *Social Work With Groups*, 9(2), 57-71.

Torgersen, S., Alnaes, R. (1992). Differential Perception of Parental Bonding in Schizotypal and Borderline Personality Disorder Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 33 (1), 34-38.

Van der Maren, J.M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Weiss, M., Zelkowitz, P., Feldman, R.B., Vogel, J., Heyman, M. et Paris, J. (1996). Psychopathology in Offsprings of Mothers with Borderline Personality Disorder : A Pilot Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(5), 285-290.

Wilson, A. (1985). Boundary Disturbance in Borderline and Psychotic States. *Journal of Personality Assessment*, 49 (4), 346-355.

Winnicott, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In Winnicott, D.W, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, (p. 285-291), Paris : Payot.

Winnicott, D.W. (1960). La théorie de la relation parent-nourrisson. In Winnicott, D.W, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, (p.358-378), Paris : Payot.

Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R., Chauncey, D.L. (1989). The Revised Diagnostic Interview for Borderlines : Discriminating BPD from Other Axis II Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 10-18.

Zweig-Frank, H., Paris, J. (1991). Parent's Emotional Neglect and Overprotection According to the Recollections of Patients with Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148 (5), 648-651.

ANNEXE A

Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Je soussignée _____ consens à participer à une recherche portant sur le vécu de la maternité, dont la nature et les procédures m'ont été expliquées.

Je comprends que :

- 1) Je serai rencontrée à plusieurs reprises, à mon domicile ou à la Clinique universitaire de psychologie de l'Université de Montréal, selon mon choix;
- 2) La première rencontre (et peut-être aussi la seconde) consistera entre autres à obtenir des informations sur différents traits de ma personnalité et pour ce faire, la chercheuse principale, soit madame Stéphanie Turcotte, et un(e) assistant(e) de recherche devront collaborer entre eux. J'accepte que cette rencontre se fasse à la Clinique universitaire de psychologie de l'UDM, en présence de ces deux personnes, et qu'elle soit enregistrée sur bande audio;
- 3) La majorité des rencontres suivantes seront effectuées par la chercheuse principale et seront enregistrées sur bande audio. Quelques autres rencontres (une ou deux) seront effectuées par un(e) second(e) assistant(e) de recherche (autre que l'assistant rencontré initialement) et seront enregistrées sur bande audio.
- 4) Le matériel obtenu lors de ces rencontres demeurera confidentiel puisqu'un numéro de code lui sera attribué. Lorsque le contenu des entrevues sera reproduit par écrit, mon nom ainsi que celui de mon (mes) enfant(s) (ou de toute personne mentionnée) seront changés. D'autres assistants de recherche (autres que ceux rencontrés directement) auront cependant accès à ce matériel écrit pour des fins d'analyse;
- 5) Si certaines portions de ce matériel devaient être publiées, mon anonymat sera toujours respecté;
- 6) Je recevrai une compensation financière de 10\$ pour chaque rencontre effectuée, sauf pour la dernière rencontre bilan;
- 7) Je peux me retirer de cette recherche en tout temps et sans obligation de ma part;
- 8) Cette recherche est réalisée par Stéphanie Turcotte, M.Ps, sous la direction du Dr Hélène David, Ph.D, de l'Université de Montréal.

_____ Date _____

Stéphanie Turcotte

ANNEXE B

Instruments d'évaluation psychologique

Le Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)

SCL-90-R®

No. _____ DATE: _____

Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque énoncé et encerclez le chiffre qui décrit le mieux jusqu'à quel point VOUS AVEZ ÉTÉ INCOMMODÉ(E) PAR CE PROBLÈME DURANT LES SEPT (7) DERNIERS JOURS, INCLUANT AUJOURD'HUI. N'oubliez pas d'encercler le chiffre qui correspond à chacune de vos réponses.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Excessivement
1. Maux de tête.....	0	1	2	3	4
2. Nervosité ou impressions de tremblements intérieurs.....	0	1	2	3	4
3. Pensées désagréables répétées dont vous ne pouvez pas vous débarrasser	0	1	2	3	4
4. Faiblesses ou étourdissements.....	0	1	2	3	4
5. Diminution du plaisir ou de l'intérêt sexuel	0	1	2	3	4
6. Envie de critiquer les autres	0	1	2	3	4
7. L'idée que quelqu'un peut contrôler vos pensées	0	1	2	3	4
8. L'impression que d'autres sont responsables de la plupart de vos problèmes.....	0	1	2	3	4
9. Difficulté à vous rappeler certaines choses	0	1	2	3	4
10. Inquiétude face à la négligence et l'insouciance	0	1	2	3	4
11. Facilement irrité(e) ou contrarié(e).....	0	1	2	3	4
12. Douleurs au coeur ou à la poitrine	0	1	2	3	4
13. Peur dans des espaces ouverts ou sur la rue.....	0	1	2	3	4
14. Sentiment de vous sentir au ralenti ou de manquer d'énergie.....	0	1	2	3	4
15. Des pensées suicidaires.....	0	1	2	3	4
16. Entendre des voix que les autres n'entendent pas.....	0	1	2	3	4
17. Des tremblements	0	1	2	3	4
18. Le sentiment que vous ne pouvez avoir confiance en personne.....	0	1	2	3	4
19. Manque d'appétit.....	0	1	2	3	4
20. Pleurer facilement.....	0	1	2	3	4

	Pas du tout	Un peu	Modé- rément	Beau- coup	Excessi- vement
21. Timidité ou maladresse avec les personnes du sexe opposé	0	1	2	3	4
22. Sentiment d'être pris(e) au piège.....	0	1	2	3	4
23. Soudainement effrayé(e) sans raison	0	1	2	3	4
24. Crises de colère incontrôlable.....	0	1	2	3	4
25. Peur de sortir seul(e) de la maison	0	1	2	3	4
26. Vous blâmer vous-mêmes pour certaines choses.....	0	1	2	3	4
27. Douleurs au bas du dos.....	0	1	2	3	4
28. Sentiment d'incapacité de faire un travail jusqu'au bout.....	0	1	2	3	4
29. Sentiment de solitude	0	1	2	3	4
30. Sentiment de tristesse (avoir les "bleus").....	0	1	2	3	4
31. Vous en faire à propos de tout et de rien	0	1	2	3	4
32. Manque d'intérêt pour tout	0	1	2	3	4
33. Vous sentir craintif(ve).....	0	1	2	3	4
34. Vous sentir facilement blessé(e) ou froissé(e)	0	1	2	3	4
35. L'impression que les autres sont au courant de vos pensées in- times.....	0	1	2	3	4
36. Sentiment que les autres ne vous comprennent pas ou n'ont pas de sympathie pour vous.....	0	1	2	3	4
37. Sentiment que les gens ne sont pas aimables ou ne vous aiment pas.....	0	1	2	3	4
38. Faire les choses très lentement pour vous assurer qu'elles sont bien faites.....	0	1	2	3	4
39. Avoir des palpitations ou sentir votre coeur battre très vite et fort.....	0	1	2	3	4
40. Nausées, douleurs ou malaises à l'estomac.....	0	1	2	3	4
41. Vous sentir inférieur(e) aux autres.....	0	1	2	3	4
42. Douleurs musculaires	0	1	2	3	4
43. Sentiment qu'on vous observe ou qu'on parle de vous.....	0	1	2	3	4
44. Difficulté à vous endormir.....	0	1	2	3	4
45. Besoin de vérifier et de revérifier ce que vous faites.....	0	1	2	3	4
46. Difficulté à prendre des décisions.....	0	1	2	3	4
47. Peur de prendre l'autobus, le métro ou le train	0	1	2	3	4

	Pas du tout	Un peu	Modé- rément	Beau- coup	Excessi- vement
48. Difficulté à prendre votre souffle	0	1	2	3	4
49. Bouffées de chaleurs ou frissons	0	1	2	3	4
50. Besoin d'éviter certains endroits, certaines choses ou certaines activités parce qu'ils vous font peur	0	1	2	3	4
51. Des blancs de mémoire	0	1	2	3	4
52. Engourdissements ou picotements dans certaines parties du corps (ex. bras, jambes, figure, ...).....	0	1	2	3	4
53. Une boule dans la gorge.....	0	1	2	3	4
54. Sentiment de pessimisme face à l'avenir.....	0	1	2	3	4
55. Difficulté à vous concentrer.....	0	1	2	3	4
56. Sentiment de faiblesses dans certaines parties du corps	0	1	2	3	4
57. Sentiment de tension ou de surexcitation	0	1	2	3	4
58. Sensation de lourdeur dans les bras et les jambes.....	0	1	2	3	4
59. Pensées en relation avec la mort	0	1	2	3	4
60. Trop manger	0	1	2	3	4
61. Vous sentir mal à l'aise lorsqu'on vous observe ou que l'on parle de vous.....	0	1	2	3	4
62. Avoir des pensées qui ne viennent pas de vous.....	0	1	2	3	4
63. Envie de frapper, d'injurier ou de faire mal à quelqu'un.....	0	1	2	3	4
64. Vous réveiller tôt le matin.....	0	1	2	3	4
65. Besoin de répéter les mêmes actions telles que toucher, compter, laver,	0	1	2	3	4
66. Avoir un sommeil agité ou perturbé.....	0	1	2	3	4
67. Envie de briser ou de fracasser des objets	0	1	2	3	4
68. Avoir des idées ou des opinions que les autres ne partagent pas ...	0	1	2	3	4
69. Tendance à l'anxiété en présence d'autres personnes.....	0	1	2	3	4
70. Vous sentir mal à l'aise dans des foules telles qu'au centre d'achat ou au cinéma	0	1	2	3	4
71. Sentiment que tout est un effort.....	0	1	2	3	4
72. Moments de terreur ou de panique	0	1	2	3	4
73. Sensation d'inconfort d'avoir à boire ou à manger en public	0	1	2	3	4
74. Vous disputer souvent	0	1	2	3	4

	Pas du tout	Un peu	Modé- rément	Beau- coup	Excessi- vement
75. Nervosité lorsque vous êtes laissé(e) seul(e)	0	1	2	3	4
76. Vous n'êtes pas reconnu(e) à votre juste valeur	0	1	2	3	4
77. Sentiment de solitude même avec d'autres	0	1	2	3	4
78. Vous sentir tellement tendu(e) que vous ne pouvez rester en place.....	0	1	2	3	4
79. Sentiment d'être bon(ne) à rien.....	0	1	2	3	4
80. Sentiment qu'il va vous arriver quelque chose de néfaste	0	1	2	3	4
81. Crier et lancer des objets.....	0	1	2	3	4
82. Peur de perdre connaissance en public.....	0	1	2	3	4
83. Sentiment que les gens vont profiter de vous si vous les laissez faire	0	1	2	3	4
84. Des pensées sexuelles qui vous troublent beaucoup.....	0	1	2	3	4
85. L'idée que vous devriez être puni(e) pour vos péchés.....	0	1	2	3	4
86. Pensées ou visions qui vous effraient	0	1	2	3	4
87. L'idée que votre corps est sérieusement atteint	0	1	2	3	4
88. Ne jamais vous sentir près de quelqu'un d'autre	0	1	2	3	4
89. Avoir des sentiments de culpabilité.....	0	1	2	3	4
90. L'idée que votre esprit (tête) est dérangé	0	1	2	3	4

FIN DU QUESTIONNAIRE

REMARQUES

L'Entrevue diagnostique révisée pour
troubles limites de la personnalité (DIB-R)

Date _____

Patient _____

Intervenant _____

**ENTREVUE DIAGNOSTIQUE
POUR
TROUBLES LIMITES
DE LA PERSONNALITÉ**
(Diagnostic Interview for Borderlines)
(DIB-R)

Auteurs: John G. Gunderson, M.D., May C. Zanarini, Ed.D. McLean Hospital, Psychosocial Research Program, 115 Mill Street, Belmont, Massachusetts, 02178, USA.

Traduction: Herta G. Guttman, M.D., Lise Laporte, Ph.D. Allan Memorial Institute, Hôpital Royal Victoria, 1025 avenue des Pins ouest, Montréal, Québec, Canada, H3A 1A1.

ENTREVUE DIAGNOSTIQUE - DIB-R (français)

SECTION: Émotions

Je vais vous poser des questions sur des problèmes ou des difficultés que vous avez pu avoir et je prendrai quelques notes au fur et à mesure de l'entretien. Je vais aussi vous poser quelques questions sur des comportements que vous avez pu avoir lorsque vous étiez en période plus difficile ou particulièrement fâché. Avez-vous des questions à poser avant que nous commençons?

Je vais premièrement vous poser quelques questions sur la façon dont vous vous sentez dans votre peau, sur votre humeur.

Dépression

1. Au cours de votre vie, vous êtes-vous senti déprimé ou abattu souvent?
(comment vous êtes-vous senti exactement?) (2, 1, 0)
2. Avez-vous déjà traversé une période pendant laquelle vous vous êtes senti déprimé à la journée longue, presque tous les jours? Combien de temps ça a duré?
(aussi longtemps que 2 semaines?) (2, 1, 0)
3. S.1. LE PATIENT SOUFFRE D'UNE DÉPRESSION CHRONIQUE MODÉRÉE OU
A VÉCU UN OU PLUSIEURS ÉPISODES DE DÉPRESSION MAJEURE (2, 1, 0)
4. Avez-vous eu des périodes où vous aviez des sentiments d'impuissance
pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines de suite? (2, 1, 0)
5. ... Êtes-vous souvent pessimiste face à l'avenir? (La vie en noir) (2, 1, 0)
6. Avez-vous souvent tendance à vous rabaisser? vous sentir bon à rien? (2, 1, 0)
7. ... Vous sentez-vous coupable pour des choses que vous avez faites ou pas faites?
(pas seulement de la culpabilité ou des reproches vis-à-vis sa maladie) (2, 1, 0)
8. S.2 LE PATIENT A CONNU DES SENTIMENTS PROLONGÉS D'IMPUISSANCE,
DE DÉSESPOIR, D'INUTILITÉ OU DE CULPABILITÉ (2, 1, 0)

Colère

9. Est-ce que vous sentez en colère très souvent? (2, 1, 0)
10. Est-ce-que vous vous sentez souvent furieux ou enragé? (2, 1, 0)
11. Êtes-vous souvent sarcastique? (2, 1, 0)
12. Avez-vous tendance à argumenter tout le temps avec tout le monde? (2, 1, 0)
13. Est-ce que vous avez souvent des accès de colère? Est-ce que vous
vous choquez facilement? (grimper dans les rideaux, souper au lait) (2, 1, 0)

14. S.3 LE PATIENT S'EST SENTI TRÈS EN COLÈRE DE FAÇON CHRONIQUE ET A FRÉQUEMMENT AGI DE FAÇON COLÉRIQUE (I.E. A SOUVENT ÉTÉ SARCASSTIQUE, ARGUMENTÉ OU SE CHOQUE FACILEMENT)

(2, 1, 0)

Anxiété

15. Etiez-vous très anxieux très souvent?

(2, 1, 0)

16. Avez-vous souvent eu des symptômes physiques reliés à la tension tels que de la misère à respirer, sentir votre coeur battre trop vite, trop fort, anormalement trembler, être tout en sueur (transpirer beaucoup)? (symptômes reliés à la tension)

(2, 1, 0)

17. Est-ce qu'il y a des choses qui vous font particulièrement peur, comme aller en avion, les hauteurs, la vue du sang, certains insectes? Etes-vous très dérangé par la peur de ...? (peur irrationnelle/phobie)

(2, 1, 0)

18. Avez-vous déjà eu des attaques de panique où, tout d'un coup, vous avez eu peur, vous vous êtes senti anxieux ou extrêmement inconfortable?

(2, 1, 0)

19. S.4 LE PATIENT S'EST SENTI ANXIEUX DE FAÇON CHRONIQUE OU A SOUFFERT FRÉQUEMMENT DE SYMPTOMES PHYSIQUES RELIÉS À L'ANXIÉTÉ

(2, 1, 0)

Autres émotions dysphoriques

20. Est-ce que ça vous est arrive très souvent de vous sentir très seul?

(2, 1, 0)

21. Est-ce que vous vous ennuyez souvent?

(2, 1, 0)

22. Est-ce que vous vous sentez vide à l'intérieur?

(2, 1, 0)

23. S.5 LE PATIENT PRÉSENTE DES SENTIMENTS CHRONIQUES DE SOLITUDE, D'ENNUI OU DE VIDE

(2, 1, 0)

Items divers

24. Est-ce que vous avez souvent des hauts et des bas dans votre humeur? Est-ce que vous trouvez que votre humeur passe de la dépression à la colère à l'anxiété dans l'espace de quelques heures ou de quelques jours? Etes-vous une personne qui change souvent d'humeur? (instabilité affective)

(2, 1, 0)

25. Avez-vous déjà eu des périodes de quelques jours ou semaines durant lesquelles vous vous sentiez "high" ou euphorique, sans aucune raison apparente? Avez-vous déjà eu des périodes où vous étiez extrêmement irritable? Durant ces périodes aviez-vous beaucoup moins besoin de sommeil que d'habitude? Durant ces périodes étiez-vous plus sociable et parliez-vous beaucoup plus que d'habitude? Est-ce que des gens ont remarqué ces épisodes? Qu'ont-ils dit? Etiez-vous plus productif, énergétique ou vos pensées étaient-elles plus claires qu'à l'habitude? Avez-vous fait des choses de façon impulsive, qui sont inhabituelles pour vous? (épisodes hypomaniaques)

(2, 1, 0)

Échelle: affectiveScore total (0-10):

Score de la section:

2 si le score est de 5 ou moins (avec un score de 2 pour S.3 et pour S.5)

1 pour toutes les autres combinaisons de 5 ou si le score est 3 ou 4

0 si le score est de 2 ou moins ou si le patient a connu des épisodes d'hypomanie

Score de la section (0-2):SECTION: Cognitions

Je vais maintenant vous poser des questions au sujet d'expériences peu courantes que les gens ont parfois.

Pensées bizarres/ expériences perceptuelles inhabituelles

28. Êtes-vous une personne très superstitieuse? de quelle façon? (2, 1, 0)
29. Avez-vous déjà eu des expériences surnaturelles? Pensez-vous souvent que vos pensées, vos actions peuvent causer des choses ou prévenir certaines choses d'arriver d'une façon spéciale ou magique? (pensée magique) (2, 1, 0)
30. Avez-vous l'impression d'avoir un sixième sens, c'est-à-dire être plus que sensible ou perceptif aux autres et à leurs sentiments? (2, 1, 0)
31. Avez-vous l'impression d'être capable de dire ce que les autres gens pensent ou ressentent en utilisant des pouvoirs spéciaux comme la télépathie? Croyez-vous que les autres peuvent savoir ce que vous pensez ou ressentez en utilisant cette sorte de pouvoir? (Télépathie) (2, 1, 0)
32. Avez-vous déjà eu des expériences de clairvoyance, comme par exemple pouvoir prédire l'avenir ou avoir des visions de ce qui se passe en quelque part d'autre? (Clairvoyance) (2, 1, 0)
33. Avez-vous déjà eu des pensées dont vous ne pouviez vous débarrasser même si les gens vous disaient toujours que ce n'était pas vrai? (comme par exemple que vous êtes trop gros même si vous êtes très mince) (idées "overvalued") (2, 1, 0)
34. Avez-vous souvent pris des objets ou des ombres pour des personnes ou pris des bruits pour des voix? Avez-vous souvent eu la sensation qu'une personne ou une force était aux alentours de vous et ce, même si vous ne pouviez pas la voir? (Illusions récurrentes) (2, 1, 0)
35. Est-ce que vous vous êtes senti fréquemment irréel, comme si certaines parties de votre corps changeaient de formes, de grandeur, ou étaient bizarres. Comme si vous vous voyiez de loin? (Dépersonnalisation) (2, 1, 0)
36. Est-ce que ça vous est arrivé souvent que les choses autour de vous vous ont semblées irréelles? Comme si les choses étaient bizarres ou changeait de formes ou de grandeur. Comme s'il y avait une fenêtre entre vous et le monde. (étrangeté du réel) (2, 1, 0)

37. S.6 LE PATIENT EST PORTÉ À AVOIR DES PENSÉES BIZARRES OU DES EXPÉRIENCES PERCEPTUELLES INHABITUELLES (PENSÉE MAGIQUE, ILLUSIONS RÉCURRENTES, DÉPERSONNALISATION)

(2, 1, 0)

Expériences paranoïdes non délirantes

38. Etes-vous souvent sur vos gardes, méfiant? Est-ce-qu'il vous arrive souvent de ne pas faire confiance aux gens? (suspicion indue) (2, 1, 0)

39. Avez-vous déjà eu l'impression que les gens parlaient de vous dans votre dos, vous dévisageaient ou riaient de vous? (idées de référence) (2, 1, 0)

40. Est-ce que vous pensez souvent que les gens essaient de rendre votre vie difficile? Ou qu'ils essaient "de vous avoir"? Que les gens profitent de vous ou qu'ils vous blâment pour des choses que vous n'avez pas faites? (autres idées paranoïdes) (2, 1, 0)

41. S. 7 LE PATIENT A SOUVENT DES EXPÉRIENCES PARANOÏDES TRANSITOIRES, NON-HALLUCINATOIRES (I.E. MÉFIANCE EXAGÉRÉE, IDÉE DE RÉFÉRENCE, AUTRES IDÉES PARANOÏDES)

(2, 1, 0)

Expériences psychotiques

2 = délire ou hallucinations véritables
1 = "quasi" délire ou hallucinations
0 = aucun délire ou hallucination

42. Avez-vous déjà cru que certaines pensées avaient été mises dans votre tête par des forces extérieures? (2, 1, 0)

43. Avez-vous déjà cru que certaines pensées avaient été ôtées de votre tête? (vol de la pensée) (2, 1, 0)

44. Avez-vous déjà cru que vos pensées étaient diffusées tout haut, de sorte que le monde pouvait entendre tout ce que vous pensiez? (2, 1, 0)

45. Avez-vous déjà cru que vos pensées, vos actions ou vos sentiments étaient contrôlés par une autre personne ou bien par une machine? (délire de passivité) (2, 1, 0)

46. Avez-vous déjà cru que vous pouviez réellement entendre ce que les autres pensaient? Ou bien que les gens pouvaient lire dans votre tête comme si c'était un livre ouvert? (délire de devinement de la pensée) (2, 1, 0)

47. Avez-vous déjà cru que quelqu'un conspirait contre vous ou que quelqu'un faisait exprès pour essayer de vous faire du mal ou de vous punir? (délire de persécution) (2, 1, 0)

48. Avez-vous déjà eu l'impression que des gens vous espionnaient ou vous suivaient? Ou que les choses étaient spécialement arrangées pour vous? Ou que la radio ou la télévision vous envoyaient des messages spéciaux? (délire d'interprétation) (2, 1, 0)

49. Avez-vous déjà eu l'impression que vous aviez commis quelque chose de terrible pour lequel vous auriez du être puni? (délire de culpabilité) (2, 1, 0)

50. Avez-vous déjà senti que vous étiez une personne extrêmement importante? Ou que vous aviez des pouvoirs ou des habilités exceptionnels? (délire de grandeur) (2, 1, 0)

51. Avez-vous l'impression que quelque chose de terrible c'est produit ou va arriver dans le futur (ex: que votre corps va se dissoudre, que la fin du monde arrive) (délire de négation) (2, 1, 0)

52. Avez-vous déjà cru que quelque chose n'allait pas avec votre corps ou que vous aviez une maladie grave? (délire somatique, sentiment de transformation corporelle) (2, 1, 0)

53. Avez-vous eu d'autres pensées que les gens trouvaient vraiment bizarres, étranges ou fausses? (autres délires) (2, 1, 0)

54. Avez-vous déjà entendu des sons ou des voix que les gens autour de vous n'entendaient pas? (hallucinations auditives) (2, 1, 0)

55. Avez-vous déjà eu des visions ou vu des choses que les autres autour de vous ne voyaient pas? Etiez-vous réveillé à ce moment là? (hallucinations visuelles) (2, 1, 0)

56. Avez-vous déjà eu d'autres expériences sensorielles bizarres? comme sentir des odeurs que les autres autour de vous ne pouvaient pas sentir? Sentir quelque chose ramper sur votre corps qui n'était pas réellement là? (autres hallucinations) (2, 1, 0)

57. S.8 LE PATIENT A EU DES "QUASI" DÉLIRES OU DES HALLUCINATIONS DE FAÇON RÉPÉTÉE (2, 1, 0)

Items variés

58. Est-ce que ces expériences ont eu lieu sous l'influence de la boisson ou de la drogue? (Expériences psychotiques indues par des substances) (2, 1, 0)
2 = expérience véritable 1 = quasi expérience 0 = aucune

59. Vous a-t-on déjà dit que ce que vous disiez était vague ou bien trop élaboré, que vous mettiez trop de détails, que vous oubliez des parties importantes, que vous passiez souvent d'un sujet à l'autre? A DÉTERMINER DURANT L'ENTREVUE (discours étrange) (2, 1, 0)

60. Vous a-t-on déjà dit que c'était très difficile de comprendre ce que vous essayez de dire? que ce que vous disiez n'avait aucun bon sens? A DÉTERMINER DURANT L'ENTREVUE (discours psychotique) (2, 1, 0)

61. Avez-vous déjà eu des périodes durant lesquelles vous vous sentiez tellement bien ou plein d'énergie que durant quelques jours vous aviez arrêté de dormir et ce, sans vous sentir fatigué? Durant ces périodes est-ce que vos pensées se bouscuaient dans votre tête? Est-ce que vous parliez beaucoup plus que d'habitude, tellement que les gens avaient de la difficulté à placer un mot. Est-ce que cela vous a mis dans le trouble? Est-ce que vous aviez des pensées étranges ou bizarres? Est-ce que des gens vous ont dit que vous étiez surexcité? (épisodes de manie) (2, 1, 0)

Échelle : cognitionScore total (0-6):**Section Score:****2 si le score est de 4 ou moins****1 si le score est de 2 ou de 3****0 si le score est de un ou moins ou si le patient a eu des épisodes intenses de manie ou épisodes psychotiques prolongés**Score de la section (0-2):**SECTION: actions impulsives**

Si un oui est obtenu à l'une des questions suivantes, déterminez le nombre de fois que le comportement s'est produit
 A l'exception d'où c'est inscrit, scorez chaque type d'impulsivité de la façon suivante:
 2 = 5 fois ou plus 1 = 3 à 4 fois 0 = 2 fois ou moins

Abus de substances

64. Est-ce qu'il y a déjà eu une période dans votre vie où vous buviez trop?
 (abus d'alcool)

2 = abus chronique 1 = abus épisodique 0 = aucun abus

(2, 1, 0)

65. Avez-vous déjà pris des drogues pour être "high" (soit des médicaments ou des drogues qui se vendent dans la rue). Est-ce qu'il y a déjà eu un médicament prescrit dont vous étiez incapable de vous passer? (abus de drogues)

2 = abus chronique 1 = abus épisodique 0 = aucun abus

(2, 1, 0)

66. S.9 LE PATIENT PRÉSENTE UN PROBLEME SÉRIEUX D'ABUS DE SUBSTANCE

(2, 1, 0)**Déviance sexuelle**

67. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles avec un autre homme (femme)?
 (homosexualité)

(2, 1, 0)

68. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles de façon impulsive ou des aventures d'un soir? (promiscuité, activités sexuelles débridées)

(2, 1, 0)

69. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles inhabituelles (ex: apprécier d'être humilié ou blessé, préférer regarder d'autres personnes faire l'amour que d'avoir vous-même une relation sexuelle?) (paraphilie)

(2, 1, 0)

70. Avez-vous déjà eu des relations sexuelles avec l'un des membres de votre famille, autre que votre mari/femme? (inceste initié et non pas subi)

(2, 1, 0)

71. S. 10 LE PATIENT A DES HABITUDES DE DÉVIANCES SEXUELLES
 (I.E. HOMOSEXUALITÉ, PROMISCUITÉ, PARAPHILIE OU INCESTE)

(2, 1, 0)**Auto-mutilation**

72. Avez vous déjà volontairement essayé de vous blesser sans vouloir vous tuer? comme par exemple vous couper, vous brûler, vous frapper? (auto-mutilation)

(2 = 2 fois ou plus, 1 = 1 fois, 0 = jamais)

(2, 1, 0)

73. S.11 LE PATIENT A DES HABITUDES D'AUTO-MUTILATION PHYSIQUE

(2, 1, 0)

Tentatives de suicide

74. Avez-vous déjà menacé de vous tuer? (2 = 2 fois ou plus 1 = 1 fois 0 = jamais) (2, 1, 0)

75. Avez-vous déjà fait une tentative suicidaire, même si mineure?

(Tentative/gestes suicidaires) (2, 1, 0)
(2 = 2 fois ou plus 1 = 1 fois 0 = jamais)

**76. S.12 LE PATIENT A DÉJÀ FAIT DES MENACES OU DES GESTES
OU DES ESSAIS MANIPULATEURS DE SUICIDE (I.E., POUR PROVOQUER
UNE RÉPONSE DE SAUVETAGE)**

(2, 1, 0)**Autres patrons de comportements impulsifs**

Avez-vous fait des choses impulsivement qui auraient pu vous mettre dans le trouble comme

77. avoir des épisodes où vous mangiez tellement que ça vous faisait très mal ou
que vous deviez vous forcer à vomir? (2, 1, 0)

78. dépenser trop d'argent sur des choses dont vous n'aviez pas besoin ou que vous ne
pouviez pas vous permettre? (2, 1, 0)

79. passer une période où vous gagiez sur tout même si vous perdiez de
l'argent continuellement? (2, 1, 0)

80. perdu votre contrôle et criez réellement après n'importe
qui? (2, 1, 0)

81. participiez à des batailles à coup de poings? (2, 1, 0)

82. menacer de faire mal à quelqu'un, de le battre, de le tuer? (2, 1, 0)

83. attaquer ou abuser de quelqu'un, le battre, lui donner un coup de pied? (2, 1, 0)

84. volontairement briser des choses qui ne vous appartenaient pas
(casser de la vaisselle, briser les meubles, démolir la voiture de quelqu'un) (2, 1, 0)

85. conduire beaucoup trop vite? (conduire en fou?) conduire en état
d'ébriété ou gelé? (2, 1, 0)

86. faire des choses contre la loi même si vous ne vous êtes pas fait prendre. comme
faire du vol à l'étalage, vendre des drogues, commettre un vol par infraction.
(actions antisociales) (2, 1, 0)

87. S.13 LE PATIENT A UN PATRON DE COMPORTEMENTS IMPULSIFS

(2, 1, 0)

ÉCHELLE: patron d'actions impulsives

Score total (0-10):

Score de la section:

3 si le score est de 6 ou plus (il faut que S.11 ou S.12 = 2)

2 si le score est de 4 ou de 5 ou toutes autres combinaisons de 6 ou plus

0 si le score est de 3 ou moins

Score de la section (0-3):

SECTION : relations interpersonnelles**Intolérance envers la solitude**

90. Généralement, détestez-vous passer des périodes de temps seul? (2, 1, 0)
91. Faites-vous souvent des efforts frénétiques afin d'éviter de vous sentir seul?
(Parler au téléphone durant des heures, aller dans les bars pour parler à quelqu'un?) (2, 1, 0)
(efforts pour éviter d'être seul)
92. Est-ce que ça vous déprime beaucoup de rester seul? (2, 1, 0)
93. Vous sentez-vous très anxieux, en colère, vide à l'intérieur, mauvais,
lorsque vous êtes seul? (2, 1, 0)

**94. S.14 LE PATIENT ESSAIE HABITUELLEMENT D'ÉVITER D'ÊTRE SEUL
ET SE SENT EXTRÊMEMENT DYSPHORIQUE LORSQUE SEUL**

(2, 1, 0)**Soucis vis-à-vis: abandon/engouffrement/anéantissement**

95. Vous inquiétez vous souvent à l'idée d'être abandonné par ceux
qui sont près de vous? (peur d'être abandonné) (2, 1, 0)
96. Avez-vous souvent peur d'être étouffé ou de perdre votre identité lorsque
vous vous approchez trop d'autres personnes? (peur d'être engouffré) (2, 1, 0)
97. Avez-vous souvent peur que vous allez perdre tous vos moyens ou cesser d'exister
si vous étiez abandonné par quelqu'un d'important pour vous? (peur d'être anéanti) (2, 1, 0)

**98. S.15 LE PATIENT A SOUVENT EXPRIMÉ DES PEURS D'ABANDON,
D'ENGOUFFREMENT OU D'ANÉANTISSEMENT**

(2, 1, 0)**Contre dépendance**

99. Avez-vous déjà travaillé à un endroit où votre occupation principale était de vous
occuper de personnes ou d'animaux? (travail où il prend soin des autres) (2, 1, 0)
100. Est-ce que vous offrez constamment de l'aide à vos amis, votre parenté ou
à vos collègues? (offrir de l'aide) (2, 1, 0)
101. Est-ce que ça vous dérange beaucoup quand les gens essaient de vous aider ou
de prendre soin de vous? (2, 1, 0)
102. Habituellement est-ce que vous refusez de demander aux autres de l'aide ou
du support quand vous avez l'impression que vous en avez vraiment besoin? (2, 1, 0)
103. Avez-vous l'impression qu'il y a quelqu'un dans votre vie dont vous avez
extrêmement besoin? Est-ce que votre capacité de fonctionner dépend de cette personne?
Votre survie? (2, 1, 0)

**104. S.16 LE PATIENT RECHERCHE FORTEMENT UN MODE DE RELATION OU
IL PREND SOIN DES AUTRES OU A DES CONFLITS IMPORTANTS RELIÉS À SES BESOINS
DE DONNER ET DE RECEVOIR DE L'AIDE**

(2, 1, 0)

Relations interpersonnels instables

105. Y a-t-il des personnes dans votre vie qui sont proches de vous? Combien _____
Voyez-vous ces personnes souvent? _____ Quelle personne est la plus importante
pour vous? _____ (2 = 4 ou plus 1 = 2-3 0 = 1 ou moins) (2, 1, 0)

106. Est-ce que ces relations ont été troublées par beaucoup de désaccords intenses? (2, 1, 0)

107. Est-ce que vous vous quittez souvent puis revenez ensemble? (séparation
à répétition) (2, 1, 0)

**108. S.17 LE PATIENT A TENDANCE À VIVRE DES RELATIONS INTIMES QUI SONT
INTENSES ET INSTABLES**

(2, 1, 0)

problèmes récurrents dans les relations intimes

109. Avez-vous tendance à être très dépendant des autres? D'avoir besoin de beaucoup
d'aide et de support afin de fonctionner? Est-ce qu'on vous a déjà dit que vous étiez
trop dépendant? (dépendance: le patient a été de façon répétitive dépendant des autres) (2, 1, 0)

110. Est-ce qu'il vous arrive souvent de laisser des personnes vous forcer à faire des choses
que vous ne voulez pas faire ou vous traiter cruellement? Est-ce qu'on vous a déjà dit que
vous laissez les gens vous victimiser ou abuser de vous? (masochisme: le patient a tendance
à laisser les autres le forcer à faire des choses ou lui faire mal) (2, 1, 0)

**111. S.18 LE PATIENT A SOUVENT DES PROBLÈMES DE DÉPENDANCE
OU DE MASOCHISME DANS SES RELATIONS INTIMES**

(2, 1, 0)

112. Est-ce qu'il vous arrive souvent d'ignorer les bons côtés des gens et de ne voir que
leurs mauvais côtés? De penser que les gens sont incompetents, mauvais, ne valent pas
grand chose? Vous a-t-on déjà dit que vous étiez très critique des gens, que vous les
dévaluez facilement? (déévaluation) (2, 1, 0)

113. Est-ce qu'il vous arrive souvent de faire faire aux gens des choses sans directement
leur demander? Vous a-t-on déjà dit que vous étiez manipulateur? (manipulation) (2, 1, 0)

114. Est-ce qu'il vous arrive souvent d'essayer de forcer les gens à faire des choses qu'ils
ne veulent pas faire, ou de les traiter de façon cruelle? Vous a-t-on déjà dit que vous étiez
autoritaire ou mesquin? (sadisme) (2, 1, 0)

**115. S.19 LE PATIENT A DES PROBLÈMES RÉCURRENTS DE DÉVALUATION,
DE MANIPULATION OU DES PROBLÈMES DE SADISME DANS SES RELATIONS
INTIMES**

(2, 1, 0)

116. Est-ce qu'il vous arrive de demander aux gens des choses qu'ils ne peuvent vous
donner ou qu'ils ne devraient pas vous donner? De demander beaucoup de leur temps
ou de leur attention? Vous a-t-on déjà dit que vous étiez une personne très revendicative,
exigeante? (2, 1, 0)

117. Est-ce qu'il vous arrive souvent d'agir comme si vous aviez le droit d'avoir un
traitement spécial? Comme si les gens vous devaient des choses à cause de ce que vous
avez vécu? Vous a-t-on déjà dit que vous agissiez comme si vous aviez droit à des
considérations ou à un traitement spécial? (2, 1, 0)

118. S.20 LE PATIENT A TENDANCE À ÊTRE EXIGEANT OU A DES ATTENTES IRRÉALISTES (COMME SI LES CHOSES LUI ÉTAIENT DUES) DANS SES RELATIONS INTIMES (2, 1, 0)

Relations difficiles avec les professionnels de la santé

119. Avez-vous déjà été en thérapie individuelle? Combien de fois?
(nombre de thérapies individuelles) 2 = 2 ou plus 1 = 1 0 = aucune (2, 1, 0)

120. Combien de mois avez-vous été en thérapie? (temps passé en thérapie)
2 = 12 mois ou plus 1 = 1 - 11 mois 0 = aucun (2, 1, 0)

121. Avez-vous l'impression que vous étiez pire durant ou après ces (cette) thérapie(s)?
De quelle façon? (régression) (2, 1, 0)

122. Avez-vous déjà été hospitalisé dans une institution psychiatrique?
Combien de fois? (nombre d'hospitalisation en psychiatrie) (2, 1, 0)
2 = 2 ou plus 1 = 1 0 = aucune

123. Combien de mois avez-vous été hospitalisé?
2 = 12 mois ou plus 1 = 1 - 11 mois 0 = aucun (2, 1, 0)

124. Étiez vous pire durant ou après ces (cette) hospitalisation(s)? De quelle façon? (2, 1, 0)

125. S.21 LE PATIENT A NETTEMENT RÉGRESSÉ DURANT LE PROCESSUS D'UNE PSYCHOTHÉRAPIE OU D'UNE HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE (2, 1, 0)

126. Avez-vous déjà été le centre d'un conflit entre le personnel lorsque vous étiez hospitalisé? (contre-transfert du personnel) (2, 1, 0)

127. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé qu'un thérapeute soit très fâché contre vous?
Qu'il vous ait demandé de quitter le traitement? Ou qu'il soit beaucoup plus impliqué dans votre traitement que la plupart des thérapeutes? (qu'il vous appelait souvent pour savoir comment vous alliez, qu'il a souvent pris votre défense devant votre famille ou à la cour?) (Il s'agit de juger si le patient a déjà été le point de mire d'une réaction de contre-transfert de la part d'un thérapeute. Lorsque que cela est possible, le dossier du patient ainsi que le rapport du thérapeute devrait être utilisés pour établir la présence d'un contre-transfert). (2, 1, 0)

128. Avez-vous déjà eu une relation amicale, intime, ou amoureuse avec un membre du personnel hospitalier? (2, 1, 0)

129. ... avec un thérapeute? (2, 1, 0)

130. S.22 LE PATIENT A ÉTÉ LE POINT DE MIRE D'UNE RÉACTION CONTRE-TRANSFERENTIELLE DANS UNE UNITÉ INTERNE OU DURANT UNE PSYCHOTHÉRAPIE OU A FORMÉ UNE RELATION SPÉCIALE AVEC UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ MENTALE (2, 1, 0)

ÉCHELLE: relations interpersonnelles

Score total (0-18):

Score de la section:

3 si le score est de 9 ou plus

2 si le score est de 6 à 8

0 si le score est de 5 ou moins ou si le patient est socialement isolé et a une présentation sociale étrange durant l'entrevue

Score de la section (0-3):

CONCLUSIONS

1. Score total de l'échelle de l'affection (0 - 10)

Score DIB de la section (0 - 2)

2. Score total de l'échelle de cognitions (0 - 6)

Score DIB de la section (0 - 2)

3. Score total de l'échelle des actions impulsives (0 - 10)

Score DIB de la section (0 - 3)

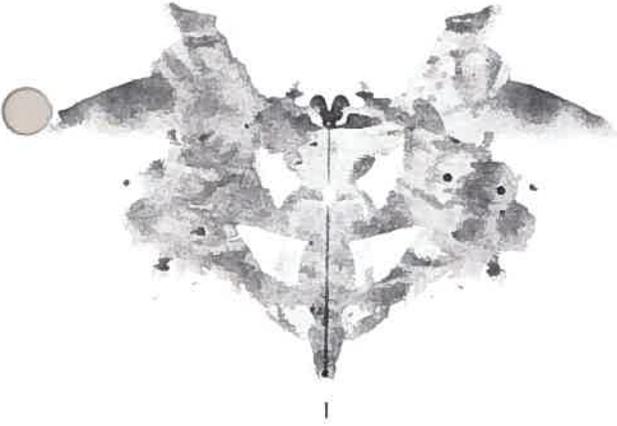
4. Score total de l'échelle des relations interpersonnelles (0 - 18)

Score DIB de la section (0 - 3)

SCORE TOTAL DU DIB-R

/10

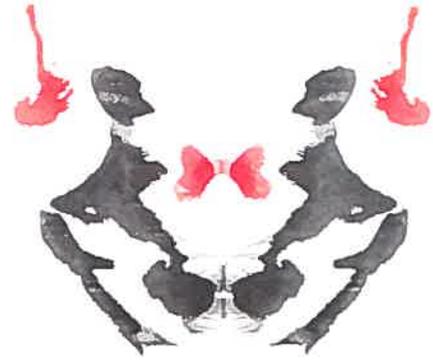
Le Rorschach



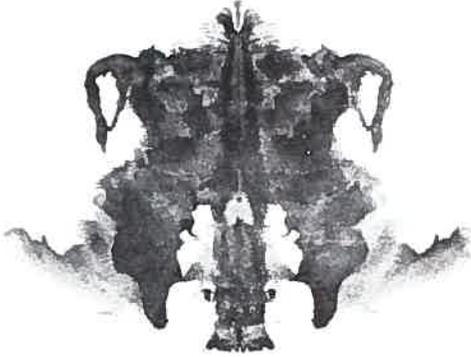
I



II



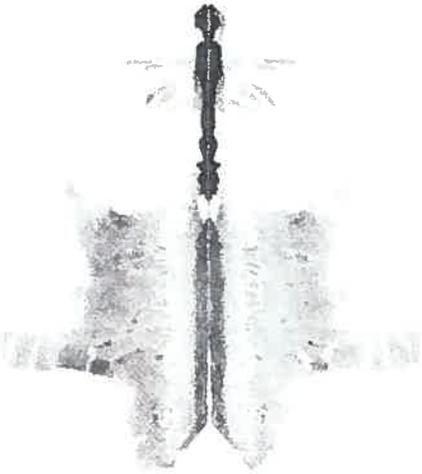
III



IV



V



VI



VII



VIII



IX



X

La Montreal Transference-Countertransference
Measure (MTCM)

THE MONTREAL TRANSFERENCE-COUNTERTRANSFERENCE MEASURE

Cotes associées à la maturité des relations d'objet : niveaux limite et narcissique

Ces descriptions sont tirées de Bouchard et al., 1998. Nous avons décidé de ne pas traduire en français plusieurs d'entre elles afin de faciliter la compréhension des sigles attribués. Une cote *unspecified* (UNS) est attribuée aux extraits lorsqu'il est impossible de les classer.

NIVEAU TROIS : Relations d'objet de niveau limite.

Identifications projectives :

THRAPI : (level **THRee**, Aggressive Projective Identification, patient in the position of the aggressor);

RTHRAPI : (level **THRee**, Aggressive Projective Identification, patient in the position of the victim : Reversal of the above).

Idéalisations primitives :

THRLPI : Libidinal-idealized Projective Identification, patient identified with an omnipotent, all-good object);

RTHRLPI : LPI, patient identified with a regressed, perfectly loved and protected child : Reversed.

Clivage :

THRASP : Aggressive **S**plitting;

THRLSP : Libidinal-idealized **S**plitting.

Agir (or enactments)

THRAACI (E) : Aggressive enACTment or Acting-out. Immediate (si l'agir a lieu durant la séance) or Evoked through memory or anticipation (si l'agir est rapporté);

THRLACI (E) : Libidinal-idealized enACTment or Acting-out. Immediate or Evoked through memory or anticipation..

Somatisations et/ou hypocondrie:

THRSOMI : **SOM**atisation : Immediate (si le symptôme est présentement ressenti);

NIVEAU TROIS : relations d'objet de niveau limite (SUITE)

THRSOME : SOMatisation : Evoquée (si le symptôme est rapporté sans être présentement ressenti);

THRHYI (E) : Hypochondria, Immediate or Evoked..

THRALL : ALLiance (quand on observe une alliance thérapeutique, mais dans le contexte d'un fonctionnement de niveau trois).

Régressions et condensations à un niveau trois de sexualité prégénitale infantile (RCTHR) : condensation de la sexualité prégénitale orale ou anale et d'un scénario pseudo oedipien, dans un contexte pseudo oedipien de niveau trois. Les mêmes cotes de régressions et condensations peuvent s'appliquer au fonctionnement de niveau quasi-quatre (narcissique). Elles sont alors précédées du code RQF et non RCTHR.

Tendances régressives anales :

RCTHRANSADDEV : identification à un objet Anal-SADique DÉValorisant;

RCTHRANSADODEV (r) : identification à un Objet DÉValorisé de façon ANale SADique;

RCTHRANSADSDEV : identification masochiste à une représentation de soi DÉValorisée, soumise à un objet méprisant.

Tendances régressives orales :

RCTHRORALENV : identification à un self omnipotent qui attaque ORALement, avec ENVie, un objet qui a besoin d'aide;

RCTHRORALPENV : le self omnipotent est Projeté, le patient est identifié à l'objet ENVié;

RCTHRORALDENV : Dénier de l'envie orale (par exemple, générosité de surface);

RCTHRORALSAD : attaque ORALe SADique d'un objet résultant de la rage, de la haine qu'il fait vivre au patient.

Dépression d'abandon :

RCTHRORALDEP : le self est DÉPendant, se sent vide et privé;

RCTHRORALPDEP : par identification Projective, l'objet en vient à ressentir l'expérience de privation, de DÉPression.

NIVEAU QUASI QUATRE : maintien défensif d'un niveau quatre de fonctionnement (prévient la régression à un conflit de niveau trois).

1^{ère} catégorie : QFANAR : Résistance NARcissique. Maintien en fantaisie d'un couple objet idéal – self idéal.

QFNARGRAN : identification à un self GRANdiose;

QFNARADM : transfert idéalisant (ADMiring);

QFNARDEF : utilisation d'autres DÉFenses (obsessionnelles ou schizoïdes) au service de l'idéalisation de la pensée ("raison omnipotente");

QFAOBS : utilisation de défenses OBSessionnelles (intellectualisation, isolation, rationalisation, etc.) contre l'émergence d'un conflit de niveau trois;

QFADIS : lorsqu'un conflit (niveau trois) menaçant le patient dans l'immédiat (au plan transférentiel) est déplacé (DISplaced) sur un autre objet évoqué en séance;

QFMED : vision MEDicale-somatique de ses propres symptômes;

QFAIDEA : utilisation d'un objet IDÉAlisé pour échapper à un conflit de niveau trois;

QFDEP : DÉPression consécutive à l'échec des défenses narcissiques

Pour terminer, soulignons que quelques autres cotes ont été attribuées aux mères étudiées, celles-ci étant classifiées sous la rubrique "traits névrotiques de nature orale, régressée" (*Oral regressive neurotic trends*). Il s'agit de :

RFORALCAN : amour ORAL-CANnibalique, self avide et "carnivore";

RFORALPCAN : Projection du self oral-cannibale;

Concernant l'estime de soi et le narcissisme :

FORALDEV : identification à un objet méprisant, DÉVValorisant, et projection du self dévalorisé;

RFORALDEV (r) : identification à une représentation de soi en colère, DÉVValorisante, méprisant un objet imparfait, fautif;

RFORALSDEV : identification au Self DÉVValorisé face à un objet méprisant.

ANNEXE C

Questionnaire de renseignements généraux

No. de dossier: _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Quel est votre âge? _____
2. Quel est votre statut civil? (Encerclez la lettre)
 - (a) Mariée
 - (b) Union de fait
 - (c) Célibataire
 - (d) Séparée ou divorcée
 - (e) Séparée ou divorcée et remariée
 - (f) Séparée ou divorcée et union de fait
3. Depuis combien de temps vivez-vous avec votre conjoint?

Nombre d'année(s) _____ et de mois _____
4. A) Avez-vous déjà eu un enfant? (Encerclez)

OUI NON

Si non, veuillez passer à la question 5.
Si oui, continuez ci-après:

B) Veuillez préciser:

(a) le sexe _____ (b) l'âge _____

C) Cet enfant est-il issu de votre union avec votre conjoint actuel?

OUI NON

D) Si non, quel est le mode de garde? (Encerclez la lettre)

 - (a) garde à vous
 - (b) garde au père
 - (c) garde partagée

E) Cet enfant est-il en bonne santé? (Encerclez)

OUI NON

(a) Si non, précisez: _____

5. A) Votre conjoint a-t-il des enfants d'une union antérieure? (Encerclez)
- OUI NON
- B) Si oui, combien? _____
- C) Quel est le mode de garde? (Encerclez la lettre)
- (a) garde à votre conjoint
(b) garde à la mère
(c) garde partagée
6. Quelle est votre dernière année d'études complétée? _____
(ou dernier diplôme académique)
7. a) Quelle est votre occupation habituelle? _____
- b) Travaillez-vous actuellement? _____
- c) Dans quel genre d'endroit travaillez vous?
(ex: usine, dépanneur, hôpital,...) _____
- d) Combien d'heures par semaine travaillez-vous? _____
- e) Si vous êtes aux études, précisez le niveau: _____
- f) Combien avez-vous d'heures de cours par semaine? _____
- g) Quelle est l'occupation de votre conjoint? _____
- h) S'il est en chômage, quel genre d'emploi
occupe-t-il habituellement? _____
- i) Dans quel genre d'endroit travaille-t-il? _____
- j) Quelle est ou était l'occupation de votre mère? _____
- k) Quel est le genre d'endroit où elle travaille ou travaillait? _____
- l) Quelle est ou était l'occupation de votre père? _____
- m) Quel est le genre d'endroit où il travaille ou travaillait? _____
8. Quel est votre salaire annuel personnel? (Encerclez la lettre correspondante)
- (a) de 0 à 9 999 \$
(b) de 10 000 à 19 999 \$
(c) de 20 000 à 29 999 \$
(d) de 30 000 à 39 999 \$
(e) de 40 000 à 49 999 \$
(f) de 50 000 à 59 999 \$
(g) 60 000 \$ et plus

9. Quel est le salaire annuel de votre conjoint? (Encerclez la lettre correspondante)
- (a) de 0 à 9 999 \$
 - (b) de 10 000 à 19 999 \$
 - (c) de 20 000 à 29 999 \$
 - (d) de 30 000 à 39 999 \$
 - (e) de 40 000 à 49 999 \$
 - (f) de 50 000 à 59 999 \$
 - (g) 60 000 \$ et plus
10. Par rapport à votre domicile, la majorité des membres de votre famille (père, mère, frère(s) et soeur(s)) habitent-ils: (Encerclez la lettre)
- (a) le même quartier
 - (b) la même ville
 - (c) entre 50 et 200 km
 - (d) à plus de 200 km
11. A) Quel est le nombre de garçons et le nombre de filles dans la famille où vous avez grandi (en vous incluant)?
- (a) _____ garçons (b) _____ filles
- B) Quel est votre rang dans la famille où vous avez grandi (en commençant par l'ainé(e))?

12. Quand vous étiez enfant ou adolescente, vos parents vivaient-ils ensemble ou étaient-ils séparés (divorcés)? (Encerclez la lettre)
- (a) Ils vivaient ensemble
 - (b) Ils étaient séparés ou divorcés
- S'ils étaient séparés ou divorcés, veuillez répondre aux questions suivantes:
Si non, veuillez passer à la question 13F).
13. A) Quel âge aviez-vous au moment de leur séparation? _____
- B) Avec lequel de vos parents demeuriez-vous? (Encerclez la lettre)
- (a) Père
 - (b) Mère
 - (c) Alternativement l'un et l'autre
- C) Avez-vous gardé contact avec le parent avec lequel vous ne demeuriez pas? (Encerclez)
- OUI NON

D) Votre père s'est-il remarié ou a-t-il vécu de façon stable avec une autre personne ?
(Encerclez)

OUI NON

(a) Si oui, quel âge aviez-vous quand il s'est remarié ou a vécu de façon stable avec quelqu'un? _____ ans

E) Votre mère s'est-elle remariée ou a-t-elle vécu de façon stable avec une autre personne ?
(Encerclez)

OUI NON

(a) Si oui, quel âge aviez-vous quand elle s'est remariée ou a vécu de façon stable avec quelqu'un? _____ ans

F) Avez-vous déjà été placée hors de votre foyer familial? (Encerclez)

OUI NON

(a) Si oui, quel âge aviez-vous lors du placement et combien de temps ce placement a-t-il duré?

Age: _____ Durée: _____

14. Votre mère est-elle vivante? (Encerclez)

OUI NON

(a) Si non, quel âge avait-elle lorsqu'elle est décédée? _____

15. Votre père est-il vivant? (Encerclez)

OUI NON

(a) Si non, quel âge avait-il lorsqu'il est décédé? _____

16. Quelques questions sur votre santé:

A) Avez-vous déjà souffert dans le passé d'une maladie physique grave ou subi une intervention chirurgicale ou un accident? (Encerclez)

OUI NON

Si non, veuillez passer à la question C).
Si oui, veuillez poursuivre à la question suivante.

B) Veuillez indiquer pour chaque événement que vous avez subi, votre âge approximatif à sa survenue ainsi que la durée de la convalescence:

(a) Maladie	_____ ans	la durée _____
(b) Chirurgie	_____ ans	la durée _____
(c) Accident	_____ ans	la durée _____

C) Y a-t-il une ou des personnes de votre famille qui aurait eu une maladie grave avant l'âge de 60 ans? (Encerclez)

OUI NON

D) Si oui, quelles personnes? (Encerclez la ou les lettres)

(a) Grand-père	(f) Soeur	(k) Fils
(b) Grand-mère	(g) Oncle	(l) Fille
(c) Père	(h) Tante	(m) Neveu
(d) Mère	(i) Cousin	(n) Nièce
(e) Frère	(j) Cousine	(o) Autres _____

E) Avez-vous déjà été suivie pour des difficultés d'ordre émotif par un médecin, un psychologue, un travailleur social, un psychiatre, etc.? (Encerclez)

OUI NON

(a) Si oui, combien de temps ce suivi a-t-il duré? _____ mois

(b) Quel âge aviez-vous alors? _____ ans

(c) Ce suivi dure-t-il encore? (Encerclez) OUI NON

F) Avez-vous déjà été hospitalisée pour des difficultés d'ordre émotif? (Encerclez)

OUI NON

(a) Si oui, combien de temps cette hospitalisation a-t-elle duré? _____ jours

(b) Quel âge aviez-vous alors? _____ ans

POUR RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES, VEUILLEZ UTILISER LE CODE CI-APRÈS:

(a) Grand-père	(f) Soeur	(k) Fils
(b) Grand-mère	(g) Oncle	(l) Fille
(c) Père	(h) Tante	(m) Neveu
(d) Mère	(i) Cousin	(n) Nièce
(e) Frère	(j) Cousine	(o) Autres, précisez

G) A votre connaissance, une ou des personnes de votre famille ont-elles déjà été suivies pour des difficultés d'ordre émotif? (Encerclez)

OUI NON NE SAIT PAS

(a) Si oui, de qui s'agissait-il? (Utilisez le(s) code(s) ci haut) _____

H) Cette ou ces personnes ont-elles déjà été hospitalisées pour un problème émotionnel?
(Encerclez)

OUI NON

(a) Si oui, de qui s'agissait-il? (Utilisez le(s) code(s) de la page précédente) _____

17. A votre connaissance, votre mère ou un membre féminin de votre famille a-t-il vécu un problème d'adaptation à la naissance d'un nouveau-né? (Encerclez)

OUI NON

(a) Si oui, de qui s'agissait-il? (Utilisez le(s) code(s) de la page précédente) _____

ANNEXE D

Thèmes des entrevues semi-structurées

Thèmes des entrevues semi-structurées

Note : les items en caractère gras représentent les thèmes qui ont été particulièrement abordés lors des trois entrevues portant sur la maternité actuelle

Relations passées et présentes avec la famille

- description de l'enfance et de l'adolescence, souvenirs marquants;
- rang dans la famille et rôle tenu dans celle-ci;
- relation à la mère et au père, description des parents (personnalité);
- autres figures parentales marquantes (ex. : grands-parents, oncles, tantes, etc.);
- relation avec la fratrie;
- comment pensez-vous que la relation avec vos parents a influencé ce que vous êtes devenue aujourd'hui?

Désir d'enfant

- Vouliez-vous cet enfant (enfant planifié ou "accident")?
- Comment est apparu le désir d'avoir un enfant?
- Pour quelle(s) raison(s) vouliez-vous un enfant?
- De quel sexe vouliez-vous qu'il soit?
- Dans quelles circonstances êtes-vous devenue enceinte? (vie de couple, rapports avec famille-parents, situation financière, etc.)
- Si l'enfant était planifié, combien de temps s'est écoulé entre la décision de l'avoir et le début de la grossesse?
- Comment avez-vous réagi, comment vous êtes-vous sentie quand vous avez appris la nouvelle?

Grossesse

- évolution (symptômes physiques, complications);
- déroulement de l'échographie;
- réaction à l'annonce du sexe de l'enfant;
- vécu face aux transformations corporelles;
- image de l'enfant à venir, rôle que vous lui attribuez dans votre vie future?
- inquiétudes, préoccupations;
- vie de couple et implication du père de l'enfant;
- attentes versus réalité.

Accouchement

- naturel ou césarienne?
- déroulement en général;
- vécu émotionnel (anxiété, colère, contrôle de soi);
- importance accordée au sexe (s'il n'était pas connu) de l'enfant;
- implication du père de l'enfant;
- réaction lors du premier contact avec le bébé;
- état de santé du bébé après la délivrance;
- attentes versus réalité.

Post-partum
(environ 0-6 mois)

- retour à la maison (soins donnés à l'enfant, sommeil, alimentation);
- allaitement et sevrage;
- implication du conjoint et des parents/famille;
- vie de couple;
- qualité de l'humeur (dépression, colère, anxiété, irritabilité, etc);
- description du bébé à l'époque (phase symbiotique) (ex.: facile/difficile);
- attentes versus réalité.

Jeune enfant
(jusqu'à aujourd'hui)

- développement de l'enfant (ex.: sommeil, alimentation, langage, motricité, éducation à la propreté, etc.);
- **réaction de la mère au développement social de l'enfant (relations aux amis, à la gardienne, aux membres de la famille);**
- **réaction de la mère à ses tentatives vers l'indépendance;**
- **réaction de la mère à ses demandes de rapprochement et d'affection;**
- **que pensez-vous de la relation entre votre enfant et son père?**
- **description de la personnalité de l'enfant aujourd'hui, ses qualités et défauts (ex.: demandant ou non, raisonnable, autonome, manipulateur, etc.);**
- attentes versus réalité;
- quel serait pour vous l'enfant idéal?

La relation mère-enfant :

- **description de cette relation, aspects les plus faciles et les plus difficiles;**
- **rôle que l'enfant joue dans la vie de la mère;**
- **perception d'être ou non une "bonne" mère pour l'enfant (protectrice, affectueuse, permissive, autoritaire, etc.);**
- **ressemblances et différences entre l'enfant et la mère et l'enfant et le père, surtout au niveau de la personnalité;**
- **Face aux sentiments exprimés par l'enfant (colère, tristesse, anxiété), comment vous sentez-vous? Comment réagissez-vous?**
- **Quelle explication donnez-vous aux comportements et aux émotions de votre enfant? (une explication alternative peut être offerte à la mère au cas où elle ferait preuve de peu d'empathie à l'égard de l'enfant, et ce afin de voir comment elle peut "réajuster" sa représentation de ce dernier)**
- **Comment expliquez-vous vos propres attitudes maternelles?**

La relation de couple :

- description de la relation, satisfactions ou frustrations associées;
- implication du père auprès de l'enfant;
- changements dans la vie amoureuse depuis l'arrivée de l'enfant.

La vie professionnelle et sociale

- occupation d'un emploi, présence d'amis ou d'activités sociales en dehors de la maison;
- motivations au choix de rester à la maison ou de retourner sur le marché du travail;
- soutien social perçu en général.

Le futur

- comment imaginez-vous votre enfant plus tard, que voudriez-vous comme futur pour lui/elle?
- comment imaginez-vous la relation que vous aurez plus tard avec lui/elle (ex., lors de son adolescence)?
- comment imaginez-vous votre vie de couple-amoureuse?
- comment imaginez-vous votre vie professionnelle?

ANNEXE E

Questionnaires portant sur le vécu de la maternité

L'Indice de Stress Parental (ISP)

PSI Indice de Stress Parental

(version maternelle)

Directives:

Sur le feuillet-réponse de l'ISP, veuillez écrire votre nom, sexe, date de naissance, groupe ethnique, état civil et le nom, le sexe et l'âge de votre enfant de même que la date d'aujourd'hui. S.V.P. encerclez toutes vos réponses sur le feuillet-réponse. **N'écrivez pas sur ce questionnaire.**

Ce questionnaire comprend 101 propositions. Lisez attentivement chaque proposition. Pour chaque proposition, pensez à l'enfant qui vous cause le plus de soucis et encerclez la réponse qui décrit le mieux votre opinion.

Encerclez le PA si vous êtes PROFONDÉMENT D'ACCORD avec la proposition.

Encerclez le A si vous êtes D'ACCORD avec la proposition.

Encerclez le PC si vous n'êtes PAS CERTAIN avec la proposition.

Encerclez le D si vous êtes EN DÉSACCORD avec la proposition.

Encerclez le PD si vous êtes PROFONDÉMENT EN DÉSACCORD avec la proposition.

Par exemple, s'il vous arrive parfois d'aimer aller au cinéma, vous choisirez le A pour la proposition suivante:

J'aime aller au cinéma.

PA A PC D PD

Lorsque vous ne trouvez pas de réponse qui convient exactement à ce que vous ressentez, choisissez celle qui s'approche le plus possible de vos sentiments. **Votre première réaction à chaque question devrait être votre réponse.**

Encerclez seulement une réponse pour chaque proposition et répondez à toutes les questions. **N'effacez pas vos réponses!** Si vous voulez changer votre réponse, faites un «X» sur la mauvaise réponse et encerclez la bonne. Par exemple:

J'aime aller au cinéma.

PA A PC A PD

PAR Psychological Assessment Resources, Inc./P.O. Box 998/Odessa, FL 33556/Toll-Free 1-800-331-TEST

Droits réservés © 1995, 1996 de Psychological Assessment Resources. Ne doit pas être reproduit en tout ou en partie de quelque façon que ce soit sans la permission de PAR, Inc. Ce formulaire est imprimé en bleu. Aucune autre version n'est autorisée.

1. Lorsque mon enfant veut quelque chose, habituellement il persiste pour obtenir ce qu'il veut.
2. Mon enfant est tellement actif que cela m'épuise.
3. Mon enfant semble être désorganisé et il est facilement distrait.
4. En comparaison avec la plupart des enfants, le mien éprouve plus de difficulté à se concentrer et à rester attentif.
5. Mon enfant s'amuse souvent avec un jouet pendant plus de dix minutes.
6. Mon enfant flâne beaucoup plus que je m'y attendais.
7. Mon enfant est beaucoup plus actif que je m'y attendais.
8. Mon enfant se débat beaucoup et donne de nombreux coups de pied lorsque je veux l'habiller ou lui donner son bain.
9. Quand mon enfant désire quelque chose, on peut facilement l'en distraire.
10. Mon enfant fait rarement des choses qui me font plaisir.
11. La plupart du temps, j'ai l'impression que mon enfant m'aime et qu'il veut être près de moi.
12. Quelquefois, j'ai l'impression que mon enfant ne m'aime pas et qu'il ne veut pas être près de moi.
13. Mon enfant me sourit beaucoup moins que je m'y attendais.
14. Lorsque je fais quelque chose pour mon enfant, il me semble que mes efforts ne sont pas très appréciés.

Pour la proposition 15, choisir ci-dessous de 1 à 4.

15. Quelle formulation décrit le mieux votre enfant:
 1. Il aime presque toujours jouer avec moi.
 2. Il aime quelquefois jouer avec moi.
 3. Habituellement, il n'aime pas jouer avec moi.
 4. Il n'aime presque jamais jouer avec moi.

Pour la proposition 16, choisir ci-dessous de 1 à 5.

16. Mon enfant pleure et s'agite:
 1. beaucoup moins que je m'y attendais
 2. moins que je m'y attendais
 3. à peu près comme je m'y attendais
 4. beaucoup plus que je m'y attendais
 5. cela me semble presque continuel
17. Mon enfant semble pleurer ou s'agiter plus souvent que la plupart des enfants.
18. Lorsque mon enfant joue, il ne rit pas souvent.
19. En général, mon enfant se réveille de mauvaise humeur.
20. J'ai l'impression que mon enfant possède un caractère instable et qu'il se fâche facilement.

21. L'apparence de mon enfant n'est pas tout à fait comme je m'y attendais et cela m'ennuie quelquefois.
22. Dans certains domaines mon enfant semble avoir oublié certaines choses déjà apprises et a régressé comme un enfant plus jeune.
23. Mon enfant ne semble pas apprendre aussi rapidement que la plupart des autres enfants.
24. Mon enfant ne semble pas sourire autant que la plupart des autres enfants.
25. Mon enfant fait certaines choses qui me dérangent beaucoup.
26. Mon enfant n'a pas autant de capacités que je m'y attendais.
27. Mon enfant n'aime pas beaucoup être caressé ou touché.
28. Lorsque mon enfant a quitté l'hôpital et qu'il est arrivé à la maison, j'avais des doutes en ce qui concerne mes compétences à titre de parent.
29. Être un parent est plus difficile que je croyais.
30. Je me trouve compétente et maître de la situation lorsque je m'occupe de mon enfant.
31. Comparativement à la moyenne des enfants, le mien a de nombreuses difficultés à s'habituer aux changements d'horaire ou aux modifications de la maison.
32. Mon enfant réagit vivement lorsqu'il se produit quelque chose qu'il n'aime pas.
33. Faire garder mon enfant est habituellement un problème.
34. Mon enfant s'emporte facilement pour des petites choses.
35. Mon enfant remarque facilement et réagit avec excès aux sons forts et aux lumières éclatantes.
36. L'horaire de sommeil ou de repas a été plus difficile à établir que je croyais.
37. Habituellement, mon enfant évite de jouer avec un nouveau jouet pendant un certain temps.
38. Mon enfant s'habitue à de nouvelles choses difficilement et seulement après une longue période.
39. Mon enfant ne semble pas être à l'aise lorsqu'il rencontre des étrangers.

Pour la proposition 40, choisir ci-dessous de 1 à 4.

40. Lorsque mon enfant est contrarié, il est:
 1. facile à calmer
 2. plus difficile à calmer que je croyais
 3. très difficile à calmer
 4. impossible à calmer

Pour la proposition 41, choisir ci-dessous de 1 à 5.

41. J'en suis arrivé à croire que d'amener mon enfant à faire quelque chose ou à cesser de faire quelque chose est:
 1. beaucoup plus difficile que je m'y attendais
 2. un peu plus difficile que je m'y attendais
 3. aussi difficile que je m'y attendais
 4. un peu plus facile que je m'y attendais
 5. beaucoup plus facile que je m'y attendais

Pour la proposition 42, choisir ci-dessous de 1 à 5.

42. Réfléchissez bien et comptez le nombre de choses qui vous dérangent dans ce que fait votre enfant. Par exemple: flâner, refuser d'écouter, réagir avec excès, pleurer, couper la parole, se battre, pleurnicher, etc. Veuillez choisir le numéro qui correspond à ce que vous avez calculé.
1. 1-3
 2. 4-5
 3. 6-7
 4. 8-9
 5. 10 ou plus

Pour la proposition 43, choisir ci-dessous de 1 à 5.

43. Lorsque mon enfant pleure, cela dure habituellement:
1. moins de 2 minutes
 2. entre 2 et 5 minutes
 3. entre 5 et 10 minutes
 4. entre 10 et 15 minutes
 5. plus de 15 minutes
44. Il y a certaines choses que mon enfant fait et qui me dérangent vraiment beaucoup.
45. Mon enfant a connu plus de problèmes de santé que je m'y attendais.
46. Au fur et à mesure que mon enfant grandissait et qu'il devenait plus indépendant, j'étais inquiète qu'il se blesse ou qu'il se trouve en difficulté.
47. Mon enfant est devenu plus problématique que je m'y attendais.
48. Il semble être plus difficile de prendre soin de mon enfant que la plupart des autres enfants.
49. Mon enfant est toujours en train de s'accrocher à moi.
50. Mon enfant exige plus de moi que la plupart des enfants.
51. Je ne peux pas prendre de décisions sans demander conseil.
52. J'ai eu beaucoup plus de difficulté à élever mes enfants que je m'y attendais.
53. J'aime être un parent.
54. J'ai le sentiment que je réussis la plupart du temps lorsque je demande à mon enfant de faire ou de ne pas faire quelque chose.
55. Depuis que je suis revenue de l'hôpital avec mon dernier enfant, j'ai conclu que je ne suis pas capable de prendre soin de cet enfant aussi bien que je le croyais. J'ai besoin d'aide.
56. J'ai souvent l'impression que je ne peux pas très bien m'occuper des tâches quotidiennes.

Pour la proposition 57, choisir ci-dessous de 1 à 5.

57. Lorsque je me considère à titre de parent, je crois:
1. être capable de m'occuper de n'importe quoi qui peut se produire
 2. être capable de m'occuper de la plupart des choses assez bien
 3. avoir des doutes parfois, mais j'estime être capable de mener à bien la plupart des choses sans aucun problème
 4. avoir certains doutes en ce qui concerne ma capacité de mener à bien des choses
 5. ne pas être du tout capable de mener à bien des choses

Pour la proposition 58, choisir ci-dessous de 1 à 5.

58. Je considère être:
1. un très bon parent
 2. un meilleur parent que la moyenne
 3. un aussi bon parent que la moyenne
 4. une personne qui éprouve certaines difficultés à être parent
 5. pas très bon dans le rôle de parent

Pour la proposition 59 et 60, choisir ci-dessous de 1 à 5.

Quels sont les plus hauts niveaux de scolarité que vous et votre conjoint ayez:

59. Mère:
1. études primaires
 2. études secondaires
 3. diplôme d'études collégiales ou professionnelles
 4. diplôme d'études universitaires
 5. maîtrise ou doctorat
60. Père:
1. études primaires
 2. études secondaires
 3. diplôme d'études collégiales ou professionnelles
 4. diplôme d'études universitaires
 5. maîtrise ou doctorat

Pour la proposition 61, choisir ci-dessous de 1 à 5.

61. À quel point est-il facile pour vous de comprendre ce que votre enfant veut ou a besoin?
1. très facile
 2. facile
 3. un peu difficile
 4. cela est très difficile
 5. habituellement je ne peux pas arriver à comprendre le problème
62. Cela prend beaucoup de temps aux parents avant de créer des rapports étroits et chaleureux avec leurs enfants.
63. Je m'attendais à avoir des rapports plus étroits et plus chaleureux avec mon enfant que ceux que j'ai présentement, et cela m'ennuie.
64. Quelquefois mon enfant fait des choses qui me dérangent, juste pour être méchant.
65. Lorsque j'étais plus jeune, je ne me suis jamais sentie à l'aise de tenir un enfant dans mes bras ou d'en prendre soin.
66. Mon enfant sait que je suis sa mère et il désire ma présence plus que celle de n'importe qui d'autre.
67. Le nombre d'enfants que j'ai présentement est trop élevé.
68. Je passe la majeure partie de ma vie à faire des choses pour mon enfant.
69. J'ai conclu que je sacrifie la majeure partie de ma vie à répondre aux besoins de mes enfants, plus que je n'aurais jamais cru.
70. Je me sens très coincée par mes responsabilités de parent.

71. J'ai souvent l'impression que les besoins de mon enfant contrôlent ma vie.
72. Depuis que j'ai eu mon premier enfant, j'ai été dans l'impossibilité de faire des choses nouvelles et différentes.
73. Depuis la naissance de mon premier enfant, j'ai l'impression que ce n'est que très rarement que je peux faire les choses que j'aime.
74. Il est difficile de trouver un endroit à la maison où je puisse être seule.
75. Lorsque je pense à quelle sorte de parent je suis, je me sens souvent coupable ou mal à l'aise.
76. Je suis mécontente du dernier vêtement que je me suis acheté.
77. Lorsque mon enfant ne se conduit pas bien ou qu'il s'agite trop, je me sens responsable, comme si j'avais fait quelque chose d'incorrect.
78. J'ai l'impression qu'à chaque fois que mon enfant fait quelque chose d'incorrect, c'est de ma faute.
79. J'ai souvent des remords causés par les sentiments que j'éprouve envers mon enfant.
80. Il y a un bon nombre de choses qui m'ennuient en ce qui concerne ma vie.
81. J'étais plus triste et plus dépressive que j'avais prévu après avoir quitté l'hôpital avec mon bébé.
82. Je me sens coupable lorsque je me mets en colère contre mon enfant et cela me tracasse.
83. Un mois environ après mon accouchement, j'ai remarqué que je me sentais plus triste et plus dépressive que je m'y attendais.
84. Depuis que nous avons eu notre enfant, mon conjoint (ou ami) ne m'a pas fourni autant d'aide et de support que je m'y attendais.
85. La naissance de mon enfant m'a causé plus de problèmes que j'avais prévu dans ma relation avec mon conjoint (ou ami).
86. Depuis la naissance de l'enfant, mon conjoint (ami) et moi ne faisons plus autant de choses ensemble.
87. Depuis la naissance de l'enfant, mon conjoint (ami) et moi ne passons plus autant de temps en famille.
88. Depuis la naissance de mon dernier enfant, j'ai moins d'intérêt pour des rapports sexuels.
89. La naissance de notre enfant semble avoir augmenté le nombre de problèmes que nous avons avec mes parents et mes beaux-parents.
90. Avoir des enfants est beaucoup plus coûteux que j'avais prévu.
91. Je me sens seule et sans amis.
92. Lorsque je vais à une soirée, habituellement je ne m'attends pas à avoir du plaisir.
93. Je ne suis plus autant intéressée aux gens comme j'avais l'habitude de l'être.
94. J'ai souvent l'impression que les personnes de mon âge n'aiment pas particulièrement ma compagnie.
95. Lorsque je me heurte à un problème en prenant soin de mes enfants, il y a un bon nombre de gens à qui je peux m'adresser pour avoir de l'aide ou un conseil.
96. Depuis la naissance de mes enfants, j'ai beaucoup moins l'occasion de rencontrer mes amis et de m'en faire de nouveaux.

97. Au cours des six derniers mois, j'ai été plus malade qu'à l'habitude ou j'ai eu plus de malaises et de douleurs que j'en ai normalement.
98. Physiquement, je me sens bien la plupart du temps.
99. La naissance de l'enfant a provoqué des changements dans mon sommeil.
100. Je n'ai plus autant de plaisir qu'auparavant.

Pour la proposition 101, choisir ci-dessous de 1 à 4.

101. Depuis l'arrivée de mon enfant:
- 1 j'ai souvent été malade
 - 2 je ne me suis pas sentie aussi bien qu'à l'habitude
 - 3 je n'ai remarqué aucun changement pour ce qui est de ma santé
 - 4 je ne me suis jamais sentie aussi bien

L'Échelle d'Anxiété de Séparation Maternelle (EASM)

Échelle pour les parents (EASM)

Les énoncés suivants représentent des sujets d'intérêt et de préoccupation pour les parents. Les parents n'ont pas tous les mêmes sentiments face à ces sujets. Répondez aux énoncés en accord avec ce que vous ressentez maintenant. Lisez chaque énoncé attentivement et encerclez le chiffre qui reflète le plus VOTRE degré d'accord ou de désaccord. Tentez de répondre à tous les énoncés sans en sauter et sans revenir en arrière.

1	2	3	4	5
fortement en désaccord	en désaccord	assez d'accord	d'accord	fortement d'accord

1. Ça me manque de tenir mon enfant dans mes bras ou de le/la câliner quand je ne suis pas avec lui/elle.
2. Mon enfant est plus heureux (euse) avec moi qu'avec des gardiennes ou des professeurs.
3. Les enfants ont peur dans un nouvel endroit sans leur mère.
4. Ma vie ne serait pas complète sans une carrière.
5. Si un enfant est indépendant et ouvert aux autres, il/elle se fera des amis facilement sans l'aide de sa mère.
6. Quand je ne suis pas avec mon enfant, je me demande souvent si ses besoins physiques (avoir une couche propre, suffisamment à manger, etc.) sont comblés.
7. Tenir mon enfant dans mes bras et le/la câliner me font me sentir si bien que le rapprochement physique me manque vraiment quand je ne suis pas avec lui/elle.
8. Je suis plus soucieuse de la sécurité physique de mon enfant qu'une gardienne ou un professeur.
9. Cela est difficile pour mon enfant de s'ajuster à quelqu'un d'autre qui prend soin de lui/elle.
10. J'éprouverais du ressentiment face à mon travail s'il impliquait pour moi d'être éloignée de mon enfant.

11. Mon enfant bénéficie des expériences de groupe (ex. garderie, pré-maternelle, maternelle) puisqu'elles lui font vivre des expériences sociales qu'il ne peut avoir à la maison.
12. Quand je suis éloignée de mon enfant, je me sens seule et il/elle me manque énormément.
13. Seule une mère sait tout naturellement comment reconforter et consoler son enfant en détresse.
14. Un (e) enfant a de grandes chances d'être bouleversé quand il/elle est laissé(e) avec une gardienne.
15. J'ai un plan systématique sur comment bâtir ma carrière (ou sur comment je vais bâtir ma carrière) dans le monde du travail.
16. Cela est bon pour mon enfant de passer du temps loin de moi afin qu'il/elle apprenne à composer de façon indépendante avec les gens qui ne lui sont pas familiers et avec les situations nouvelles.
17. J'aime avoir mon enfant près de moi la plupart du temps.
18. Je suis naturellement meilleure pour assurer la sécurité de mon enfant que n'importe quelle autre personne.
19. Je crois que mon enfant s'ennuie de moi quand je dois laisser quelqu'un d'autre prendre soin de lui/elle pendant quelque temps.
20. Une carrière ou un emploi m'apporte beaucoup de satisfaction personnelle.
21. Même si mon enfant fait un peu de chichis quand je le/la quitte, je sais qu'il/elle sera correct(e) dans quelques minutes - lorsque je serai hors de sa vue.
22. Je n'aime pas laisser mon enfant.
23. Mon enfant préfère être avec moi plus qu'avec n'importe qui d'autre.
24. Mon enfant a peur et est triste quand il/elle n'est pas avec moi.
25. Je ne regretterais pas (ou je ne regrette pas) de remettre ma carrière à plus tard afin de rester à la maison avec mon enfant.
26. Mon enfant a besoin de passer du temps loin de moi afin de développer le sentiment d'être un individu à part entière.

27. Quand je suis séparée de mon enfant, je me demande s'il/elle pleure et s'ennuie de moi.
28. Je n'ai pas de plaisir quand je suis loin de mon enfant.
29. Je m'inquiète à l'effet que mon enfant ne soit jamais complètement confortable dans un cadre non familial si je ne suis pas avec lui/elle.
30. Les enfants sont très demandants et je souhaiterais souvent avoir plus de temps pour une carrière.
31. L'exposition à plusieurs personnes différentes est bonne pour mon enfant.
32. Je m'inquiète quand quelqu'un d'autre s'occupe de mon enfant.
33. Si je pouvais choisir entre travailler à plein temps ou rester à la maison avec mon enfant, je voudrais rester à la maison.
34. Il y a des moments dans la vie des jeunes enfants où ils ont besoin d'être avec des gens autres que leur mère.
35. Quand je suis loin de mon enfant, je m'inquiète si la gardienne est capable ou non de le/la calmer et de le/la réconforter s'il/elle se sent seul ou s'il/elle a de la peine.

ANNEXE F-I

Profil psychopathologique
du sujet no. 1 : Élise

Profil d'Élise au SCL-90-R

SCL-90-R[®]

Symptom Checklist-90-R™

Name Elise

ID Number Sujet no.1 Date Tested _____

Gender _____ Age 35

Scored By _____

Leonard R. Derogatis, PhD

Copyright © 1986 NATIONAL COMPUTER SYSTEMS, INC. All rights reserved. Adapted or reproduced with authorization from the SCL-90-R test. Copyright © 1979 LEONARD R. DEROGATIS, PH.D. All rights reserved. Published and distributed by National Computer Systems, Inc., P. O. Box 1416, Minneapolis, MN 55440.
 Printed in the United States of America.
 Symptom Checklist-90-R[®] is a trademark and "SCL-90-R" is a registered trademark of Leonard R. Derogatis, PhD.

Nonpatient Adult Female

T	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI	PSDI	PST	T	%
> 80	2.49+ 2.26-2.48	2.89+ 2.72-2.85	2.65+ 2.52-2.64	3.04+ 3.02	2.89+ 2.55-2.88	2.99+ 2.71-2.97	2.53+ 2.49-2.50	2.81+ 2.55-2.80	1.56+ 1.40-1.41	2.28+ 2.02-2.27	3.03+ 3.01-3.02	90	> 80	
75	2.21-2.23 2.16-2.17	2.69 2.42-2.57	2.49 2.34-2.41	2.98-3.00 2.62-2.69	2.50-2.52 2.33-2.36	2.66-2.68 2.50-2.53	2.13-2.41 1.89-2.00	2.50-2.52 2.32-2.33	1.40-1.41 1.29-1.31	1.97-1.99 1.88-1.89	2.88-2.89 2.85	84-86 79-81	76	89%
70	2.08-2.12 1.93-2.04	2.21-2.32 1.89-2.08	2.29-2.31 1.65-1.86	2.42-2.57 2.08-2.24	2.17-2.20 1.61-1.76	1.97-2.16 1.65-1.80	1.73-1.84 1.28-1.68	2.28-2.29 1.69-1.84	1.01-1.12 .92-.93	1.73-1.84 1.53-1.60	2.82-2.81 2.54-2.57	73-75 68-70	70	88%
65	1.77-1.84 1.59-1.64	1.72-1.73 1.57-1.60	1.41-1.44 1.21-1.24	1.65-1.72 1.37-1.52	1.53-1.56 1.17-1.32	1.33-1.36 1.02-1.12	1.01-1.16 .85-.88	1.48-1.52 1.33-1.36	.81-.88 .68-.71	1.25-1.44 1.09-1.16	2.37-2.49 2.17-2.20	63-64 59-60	65	83%
60	1.17-1.40 1.01-1.12	1.21-1.36 1.01-1.08	1.01-1.08 .89-.98	1.17-1.24 .97-.99	.87-1.00 .89-.92	.97-.99 .82-.84	.60-.67 .44-.55	1.13-1.16 .85-1.00	48-.51 .36-.39	.93-1.04 .76-.84	2.01-2.04 1.89-1.96	54-55 47-49	66	84%
55	.81-.92 .68-.71	.81-.92 .72-.75	.68-.75 .56-.63	.76-.88 .64-.71	.76-.80 .60-.71	.68-.79 .53-.63	.33-.39 .29-.30	.80-.81 .53-.63	28-.31 .19-.20	.64-.71 .52-.55	1.77-1.80 1.69-1.72	38-39 33-34	60	70%
50	.56-.63 .48-.51	.60-.67 .52-.55	.48-.51 .37-.43	.52-.55 .44-47	.39-.40 .32-.35	.48-.50 .35-.36	.17-26 .13-.14	.48-.50 .35-.36	.15-.16 .11-12	.47-48 .37-39	1.57-1.60 1.45-1.48	28-29 25	55	60%
45	.40-43 .32-35	.40-47 .32-35	.32-34 .23-24	.44-47 .36-39	.32-35 .21-27	.31-32 .20-21	.08-10 .06-10	.31-32 .20-21	.07-.08 -	.32-34 .27-28	1.33-1.40 1.28-1.29	21-22 17-18	50	30%
40	.24-27 .19-20	.20-27 .15-16	.14-19 .11	.28-31 .20-23	.18 .15	.18 .16	-.17-18 -.06-14	.17-18 .06-14	-.02	.21-23 .18	1.18-1.20 1.13-1.15	15 12-13	45	16%
35	.15-16 .11-12	.11-12 .08-09	.08-09 -	.15-16 .11-12	.11-12 .08-09	.06-14 -	-.02	-.02	-.02	.15 .12-13	1.08-1.09 1.04-1.05	10 8	40	7%
30	.08-09 -	.08-09 -	-.02	.07-08 -	-.02	-.02	-.02	-.02	-.02	.10 .08 .06 .04	1.00 .89	6 4	35	2%
≤ 30	0-02	0-02	0-02	0-02	0-02	0-02	0-02	0-02	0-02	0-02	0-02	0-2	≤ 30	



Product Number
05619

Raw Score	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI	PSDI	PST	T	%
1.33	2.2	1	1.62	1.3	1.67	0.9	0.83	0.4	1.29	1.87	62	62	62	
65	72	64	67	71	67	67	62	63	69	62	69	69	69	

Profil d'Élise au DIB-R

Résultats du sujet no. 1 (Élise) au DIB-R

1. Score total de l'échelle d'émotions (0-10)	8
Score pondéré de la section (0-2)	2
2. Score total de l'échelle de cognitions (0-6)	4
Score pondéré de la section (0-2)	2
3. Score total de l'échelle des comportements impulsifs (0-10)	6
Score pondéré de la section (0-3)	3
4. Score total de l'échelle des relations interpersonnelles (0-18)	12
Score pondéré de la section (0-3)	3

Score total DIB-R : 10/10

Profil et verbatim d'Élise au Rorschach

CONSTELLATIONS WORKSHEET

S-Constellation (Suicide Potential):

- Check Positive if 8 or more conditions are true:
NOTE: Applicable only for subjects over 14 years old.

- $FV+VF+V+FD > 2$
- Color-Shading Blends > 0
- $3r+(2)/R < .31$ or $> .44$
- $MOR > 3$
- $Zd > +3.5$ or $Zd < -3.5$
- $es > EA$
- $CF+C > FC$
- $X+\% < .70$
- $S > 3$
- $P < 3$ or $P > 8$
- Pure H < 2
- $R < 17$

DEPI (Depression Index):

- Check Positive if 5 or more conditions are true:

- $(FV+VF+V > 0)$ OR $(FD > 2)$
- $(Col-Shd Blends > 0)$ OR $(S > 2)$
- * $(3r+(2)/R > .44$ and $Fr+rF=0)$
OR $(3r+(2)/R < .33)$
- $(Afr < .46)$ OR $(Blends < 4)$
- $(SumShading > FM+m)$ OR $(SumC' > 2)$
- $(MOR > 2)$ OR $(2xAB+Art+Ay > 3)$
- $(COP < 2)$ OR
 $([Bt+2xCl+Ge+Ls+2xNa]/R > .24)$

HVI (Hypervigilance Index):

- Check Positive if condition 1 is true and at least 4 of the others are true.

- (1) $FT+TF+T = 0$
-
- (2) $Zf > 12$
- (3) $Zd > +3.5$
- (4) $S > 3$
- (5) $H+(H)+Hd+(Hd) > 6$
- (6) $(H)+(A)+(Hd)+(Ad) > 3$
- (7) $H+A : Hd+Ad < 4:1$
- (8) $Cg > 3$

SCZI (Schizophrenia Index):

- Check Positive if 4 or more conditions are true:

- * EITHER: $(X+\% < .61)$ and $(S-\% < .41)$
OR: $(X+\% < .50)$
- $X-\% > .29$
- EITHER: $(FQ- \geq FQu)$
OR: $(FQ- > FQo + FQ+)$
- $(Sum Level 2 Sp. Sc. > 1)$ and $(FAB2 > 0)$
- * EITHER: $(Raw Sum of 6 Spec. Scores > 6)$
OR: $(Weighted Sum of 6 Sp. Sc. > 17)$
- EITHER: $(M- > 1)$
OR: $(X-\% > .40)$

CDI (Coping Deficit Index):

- Check Positive if 4 or 5 conditions are true:

- $(EA < 6)$ OR $(AdjD < 0)$
- $(COP < 2)$ and $(AG < 2)$
- $(Weighted Sum C < 2.5)$ OR $(Afr < .46)$
- $(Passive > Active+1)$ OR $(Pure H < 2)$
- $(Sum T > 1)$
OR $(Isolate/R > .24)$
OR $(Food > 0)$

OBS (Obsessive Style Index):

- (1) $Dd > 3$
- (2) $Zf > 12$
- (3) $Zd > +3.0$
- (4) $Populars > 7$
- (5) $FQ+ > 1$

- Check Positive if one or more is true:

- Conditions 1 to 5 are all true
- 2 or more of 1 to 4 are true AND $FQ+ > 3$
- 3 or more of 1 to 5 are true AND $X+\% > .89$
- $FQ+ > 3$ AND $X+\% > .89$

* NOTE: Should be adjusted for younger clients.

RÉSUMÉ STRUCTURAL SUJET NO. 1 : ÉLISE

Location Features	Determinants Blends	Single	Contents	Approach Summary Card : Locations:
Zf = 16	M a. m p. FT	M = 1	H = 2,0	I : W, D
Zsum = 52.5	FM p. FT	FM = 6	(H)= 1,1	II : DdS, D, Dd
Zest = 52.5	M p. VF	m = 0	Hd= 4,0	III : W
W = 8	M a. FC'	FC = 2	(Hd) = 1,1	IV : W
(Wv = 0)	FY. FC'	CF = 2	Hx = 0, 2	V : W, W
D = 15	CF. C'F	C = 0	A = 10,1	VI : Dd, D, Dd,
Dd = 10	m p. CF. YF	Cn = 0	(A) = 2,0	VII : D, D, WS, D, DS = 2
S = 2	M p. CF. YF. C'F. ma	FC' = 0	Ad = 3,2	VIII : D, Dd, Dd, D, D
	FC. FM a. FY	C'F = 0	(Ad) = 0	IX : Dd, W
	FMa. FC'	C' = 0	An = 0, 1	X : Dd, D, D, Dd, D, D,
	FC. FV	FT = 1	Art = 2,1	W
DQ		TF = 0	Ay = 1,1	
(FQ-)		T = 0	Bl = 0	Special Scorings
+ = 13 (3)		FV = 1	Bt = 3, 3	<u>Lvl-1</u> <u>Lvl-2</u>
o = 20 (2)		VF = 1	Cg = 1, 5	DV = 5 X 1 0 X 2
v/+ = 0 (--)		V = 0	Cl = 1,0	INC = 2 X 2 1 X 4
v = 0 (--)		FY = 1	Ex = 0	DR = 3 X 3 0 X 6
		YF = 1	Fd = 0	FAB = 2 X 4 3 X 7
		Y = 0	Fi = 0	ALOG = 0
		Fr = 0	Ge = 0	CONTAM = 3 X 7
		rF = 0	Hh = 0	
		FD = 0	Ls = 1,1	Raw Sum6 = 19
			Na = 0	Wgtd Sum6 = 72
		F = 6	Sc = 2	AB = 1 CP = 0
		(2) = 16	Sx = 0	AG = 1 MOR = 3
			Xy = 0	CFB = 0 PER = 0
			Idio = 2	COP = 1 PSV = 0

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

STRESS AND RESOURCES

R = 40 Lambda = 0.25

EB = 6 : 13 EA = 19 EBPer = 2.17
eb = 17 : 17 es = 34 D = -5
 Adjes = 20 AdjD = 0

FM = 8 C' = 6 T = 3
m = 9 V = 1 Y = 7

AFFECT

FC : CF + C = 0 : 12
Pure C = 2
SumC' : WsumC = 6 : 13
Afr = 0.43
S = 12
Blends : R = 15 : 40
CP = 0

INTERPERSONAL

COP = 0 AG = 0
Food = 0
Isolate/R = 0.18
H : (H)+Hd+(Hd) = 5 : 15
(H)+(Hd) : (A)+(Ad) = 2 : 0
H+A : Hd+Ad = 17 : 15

IDEATION

a : p = 11 : 12 Sum6 : 23
Ma : Mp = 3 : 3 Lvl-2 = 12
2AB+(Art + Ay) = 17 WSum6 = 111
M- = 2 M none = 0

MEDIATION

P = 7
X+% = 22.5%
F+% = 12.5%
X-% = 25%
S-% = 50%
Xu% = 50%

PROCESSING

Zf = 24
Zd = +2.5
W:D:Dd = !0:13:17
W : M : 10 : 6
DQ+ : 19
DQv : 2

SELF-PERCEPTION

3r+ (2)/R = 0.075
Fr + rF = 0
FD = 0
An + Xy = 5
MOR = 2

COTATION RORSCHACH SUJET NO. 1 : ÉLISE

Card	Resp. No.	Location and DQ	Loc. No.	Determinant(s) And Form Quality	(2)	Content(s)	Pop	Z-Score	Special Scores
I	1	W o		F o	--	A	P	1.0	(⇒INCOM1, ⇒DV1)
I	2	D o	4	F o	--	Hd	--	--	DR1
II	3	DdS +	99	VF u	--	Sc, Bt	--	4.5	---
II	4	D +	2	M a -	(2)	H, Cg	--	3.0	---
II	5	Dd o	99	FM p -	(2)	Ad, Art	--	3.0	---
III	6	W +		F u	--	Hd, An	--	3.0	FABCOM2. DV1
IV	7	W +		M a. m p. FT u	--	(A), (H), Cg	--	4.0	CONTAM. COP
V	8	W o		FM p o	--	A	P	1.0	INCOM1 (⇒DV1)
V	9	W +		FM p. FT u	(2)	A, Ad, Cg, Bt	--	2.5	INCOM2. FABCOM2. DV1
VI	10	Dd +	23	F u	--	Hd	--	2.5	(⇒DV1)
VI	11	D o	1	FT o	--	Ad	P	--	DV1. MOR
VI	12	Dd +	99	VF u	(2)	Sc, Ls	--	2.5	---
VI	13	D +	6	FM p -	(2)	A	--	2.5	DV1
VI	14	Dd o	99	YF u	--	Ay, Cg	--	--	---
VII	15	D o	3	M p. VF u	--	Cl, (Hd), Hx	--	--	CONTAM. MOR
VII	16	D o	1	F o	(2)	Hd, Cg	P	--	---
VII	17	WS +	99	M a. FC' u	--	H, id	--	4.0	FABCOM1
VII	18	D o	3	FM p u	(2)	Ad	--	--	---
VII	19	D o	1	FY. FC' -	(2)	A	--	--	(⇒ABS)
VIII	20	D o	1	FM a o	(2)	A	P	--	DV1
VIII	21	Dd o	99	CF u	--	Ls	--	--	---
VIII	22	Dd o	99	CF. C'F u	--	Art	--	--	---
VIII	23	D o	2	m p. CF. YF u	--	Cg, Ay	--	--	(⇒DV1)
VIII	24	D o	6	FY u	--	Art	--	--	---

⇒ Tendance à une cote spéciale : cette cote n'est pas comptabilisée car bien que possible, on ne peut l'inscrire hors de tout doute.

COTATION RORSCHACH SUJET NO. 1: ÉLISE (SUITE)

Card	Resp. No.	Location and DQ	Loc. No.	Determinant(s) And Form Quality	(2)	Content(s)	Pop	Z-Score	Special Scores
IX	25	Dd o	99	CF u	--	Bt	--	--	---
IX	26	W +	99	M p. CF. YF. C'F. m a -	(2)	(H), Hx, id	--	5.5	ABS. DR1. FABCOM2
X	27	Dd o	99	FC u	(2)	A	--	--	---
X	28	D o	2	F o	(2)	Bt	--	--	---
X	29	D o	1	FC o	(2)	(A)	P	--	INCOM1
X	30	Dd +	99	FM p u	(2)	A	--	4.0	---
X	31	D o	10	FC. FM a. FY u	--	A, Bt	--	--	CONTAM
X	32	D +	11	FM a. FC' o	(2)	A, Bt	--	4.0	AG. MOR (⇒DR1)
X	33	W +	99	FC. FV u	(2)	(Hd), A	--	5.5	DR1. FABCOM1

Verbatim Rorschach sujet no. 1 : Élise

Planche 1

1. Un papillon

(Elle me redonne la carte. Je lui demande de regarder un peu plus)

Q1 (Question pour déterminer la localisation de la réponse : Où avez-vous vu le papillon dans la tache?)

- Il y a deux ailes, le corps de la femme est au milieu... (⇒ INCOM1)

Q2 (Question pour mettre en lumière les déterminants : qu'est-ce qui dans la tache vous a fait penser à un papillon?)

-Ben, il y a le corps du papillon avec les ailes, mais elles ont quatre morceaux les ailes, un, deux ici et un, deux ici. Pis le pied (⇒ DV1) du papillon ou je sais pas le bout du papillon, donc d'office ça me fait penser à un papillon.

2. J'aurais vu le corps d'une femme dans le...dans le centre du papillon.

Q1. On voit les hanches, les pieds, les hanches...rien que le fait de voir des hanches, ça ne pouvait pas me faire penser à un homme, de toute façon c'est beaucoup trop mince (DR1). Y'a aussi des seins, pour moi très clairs et les mains...

- **Est-ce que ça va avec le papillon?**

- Non, c'est deux images distinctes.

Planche 2

3. Ah, il faut la regarder comme ça ou comme ça? (madame tourne la carte)

- **C'est comme vous voulez.**

- Une cité. De la forêt, un pont...un canal...

Q1. Ah oui, tout ce qui est blanc, la partie blanche me fait penser à une cité, après il y a tout le contour, la forêt...Ça c'est à l'extérieur de la cité. Toute la partie ombragée, noire, fait penser à une forêt pis ça me faisait penser aussi... y'a une dénivellation qui se fait là, j'ai l'impression que ça va dans ce sens là...

Caractère gras : interventions de l'examinatrice

Caractère ordinaire : Élise

⇒ tendance à la présence d'une cote spéciale étant donné la formulation. Toutefois, la cote n'est pas présente hors de tout doute et n'est donc pas comptabilisée.

- Dénivellation?

- D'ici à là, c'est pas...ça a l'air d'être en relief...

- Relief?

- Tout le bord...pis y'a les différences de teintes...il y a un canal et un pont à travers la route...

- Et la forêt?

- C'est tout...on a l'impression que ça...c'est peut-être une vue d'avion ou une vue aérienne, c'est pas plat, c'est tout travaillé, c'est pas idéal...ah comment je pourrais dire...c'est pas égal, y'a des nuances...

4. Deux enfants avec une cagoule de neige, chacun une cagoule de neige, qui se regardent.

Q1. Ils se regardent, ils sont un vers l'autre, ils ont chacun une main avancée pis ils ont une tuque, un chapeau de neige...c'est comme pas juste une tuque, plus un passe-montagne, ils sont là en communication avec l'autre...

- Y a-t-il autre chose qui vous fait penser à ça?

- Qu'ils sont en communication, oui! Il y a des éclats, ils parlent, y'a la main l'un vers l'autre pis il y a aussi des explosions, il y a un échange qui se fait...

- Des explosions vous dites?

- Je pense qu'ils postillonnent je sais pas trop, y'a un échange, c'est pas statique.

5. Ça me fait penser aussi à un blason, un écusson d'une famille avec deux têtes de lion de chaque côté, la gueule ouverte.

Q1. De chaque côté, on a l'impression qu'ils sont.. mais là ça va pas avec la cité, ça va pas avec les enfants, on a l'image...de chaque côté l'écusson des familles, de chaque côté il y a un animal, pis ça ça me faisait vraiment penser au lion avec la gueule ouverte, deux têtes de lion...

Planche 3

6. Des mains, des yeux...le cerveau, le coeur, les poumons (longue pause). C'est tout.

Q1. Il y a les mains, les bras, deux yeux, pis ça a l'air vraiment...là on voit que c'est la tête qui...on a l'impression que c'est le cerveau...il y a une connexion qui se fait des yeux au cerveau...il y a les poumons, pis moi j'avais vu ça comme le cœur, mais c'est encore les poumons, les poumons sont encore là, y'a un rapport cerveau avec organes si on veut...(FABCOM2 : transparence impossible)

- Il y aurait des poumons à deux endroits?

- Oui, oui. Comme si le cerveau contrôle poumons, rapport avec les mains pis les yeux...

- Je ne suis pas certaine de bien voir le cerveau...

- Ici... finalement, ça serait plus la cage...le squelette de la tête, c'est pas le cerveau en tant que matière osseuse...(DV1)

- Y a-t-il autre chose qui vous fait penser à des poumons?

- Ces deux là sont des poumons (D supérieurs) pis ces deux là sont rattachés (D centraux).

Planche 4

7. Un géant (elle sourit), des grands pieds...avec une tête de blaireau, en habit trop grand. Quelqu'un qui le supporte en dessous (FABCOM1). Beaucoup, beaucoup de fourrure... un grand col pour la tête, un grand col tout évasé. Ça a l'air d'être une marionnette soutenue par quelqu'un ou quelque chose, ça a pas l'air vrai, ça a tout simplement l'air d'être soutenu, ça a l'air d'un géant qui est soutenu par quelque chose...il a les pieds dans les airs...il les a pas sur le sol.

Q1. Pratiquement le géant il prend l'ensemble de la place...Il est un blaireau (CONTAM : perceptions d'un blaireau et d'un géant se superposent), il a un grand collet qui fait montrer sa petite tête, grand collet ouvert, des vêtements beaucoup trop grands qui pendent. On a l'impression vraiment un vêtement de fourrure (elle frotte la tache), trop grand, il a des grands pieds, mais ils touchent pas le sol, ils sont dans les airs, c'est pour ça qu'on a la sensation qu'il y a un petit être qui le tient à bras, qui soutient le géant parce que lui il a les pieds à terre, mais il en a pas juste deux pieds, il a quatre pieds...vraiment quelqu'un qui est petit, mais qui est beaucoup plus fort que cette image là qui est grand pis qui a l'air d'en imposer...mais il fait plus rire qu'autre chose...(DR1)

- Et la fourrure?

- Encore là, c'est tous les dégradés de couleurs, les dégradés de noir...une grosse fourrure qui va pas du tout avec le petit animal qu'il y a là, des grosses bottes, comme les bottes de sept lieux...Ça a l'air d'une petite chose dans un grand vêtement...

Planche 5

8. On est toujours dans les insectes, euh...ça aussi ça me fait penser à un papillon.

Q1. Un papillon avec les ailes basses, c'est la première image que je voyais...

- Parlez-moi davantage de ce papillon...

- Il y a les ailes, les petites cornes (INCOM1), le corps...un corps qu'on dessine, mais un papillon qui est pas déployé (⇒ DV1 : ce sont les ailes qui se déploient), mais qui est fermé si on veut...pas déployé parce que s'il était déployé on aurait vu d'autres ailes...là il est comme statique, plus comme en voie de se lever si on veut...il est à l'état de repos...il attend.

9. Un animal comme un lapin, les pattes, les oreilles...pis de chaque côté des ailes (INCOM2) on voit les gueules de loup ouvertes...comme si le lapin avait un manteau de feuilles... (FABCOM2)

Q1. Ça c'est des pattes de lapin avec des oreilles de lapin. Sur le côté de la tête il y a le poil des joues, on a l'impression que le lapin porte un grand manteau de feuilles...pis ce qu'on voit vers la fin c'est des gueules de loup ouvertes, pis le loup il aime manger le lapin, chaque côté j'ai (DV1) la gueule de loup qui est ouverte.

- Vous dites que le loup aime manger le lapin?

- Oui...le lapin finirait pas avec des gueules de loup à ses ailes...on a l'impression que c'est un grand manteau de feuilles qu'il a...

- Qu'est-ce que vous voulez dire par "il ne finirait pas avec des gueules de loup à ses ailes?"

- Ben, l'image euh...on met pas un prédateur avec sa proie, je veux dire...je l'arrêtera quand même là...pour moi c'est deux images qui seraient peut-être superposées, les loups seraient cachés et le lapin...habillé avec son grand manteau...et de derrière on voit les têtes de loup ou peut-être un danger, pour ce lapin de se faire manger...

- Et qu'est-ce qui vous donne l'impression qu'il y a du poil sur les joues?

- Ici, il y a une différence de couleurs. Le lapin a une différence de couleurs ici aussi, au niveau de ses oreilles on voit du poil plus pâle puis on le revoit au niveau des bajoues, du poil beaucoup plus pâle...

- Et le manteau de feuilles?

- Peut-être l'inégalité des choses, c'est pas un manteau qui descend tout droit, c'est plein de petits morceaux, comme des feuilles, y'a pas de...vraiment de symétrie, pas vraiment de ligne droite...

Planche 6

10. Des pieds...joint.

Q2. Les pieds joints à l'envers. Les pieds sont joints comme quand une personne est couchée les pieds sont joints, à l'envers ça donne ça, ça serait comme l'envers du pied... (⇒ DV1 : le dessous du pied plutôt?)

11. Une peau d'ours par terre.

Q1. Les bras, le corps, on a enlevé la tête, les épaules...non c'est vraiment une image typique qu'on voit d'une peau d'ours par terre... Elle est tuée la peau d'ours (DV1), on voit ça souvent dans les chalets, par terre devant les foyers...

- Et l'idée de la peau?

- Le poil, c'est du poil (elle frotte la tache). Y'a des taches, donc s'il y a des taches, y'a du plus pâle et du plus foncé, y'a des dégradés encore là...

12. Une route. Avec des petites montagnes de chaque côté.

Q1. Encore là, les différences de couleurs, toutes ces taches là on voit que c'est pas la même surface, y'a une dénivellation qui se fait de chaque côté de la route...parce qu'elle est beaucoup plus foncée que le reste.

13. Une tête de furet, un furet, deux furets en fait, collés l'un par l'autre (DV1 : l'un à l'autre).

Q1. Ils sont deux, si on prenait juste la moitié c'est un furet. On voit comme si deux furets étaient collés, corps contre corps.

14. Quelque chose peut-être indien, cette partie là, on a vraiment l'impression d'image indienne de...je sais pas...pas un totem, mais y'a quelque chose d'indien comme...j'arrive pas à voir si ça serait un oiseau ou quelque chose comme ça, mais ça revenait souvent dans ma tête, j'arrive pas à la déterminer, une image indienne, amérindienne, ici là.

Q2. Le changement de couleur, ici blanc et puis on a l'impression vraiment...ça pourrait finir par un oiseau, ça pourrait finir par un animal quelconque, y'a des plumes peut-être qui sont plus foncées pis le corps est plus clair. On a vraiment l'impression sur le coup de voir quelque chose qu'on verrait chez les amérindiens, leur costume ou quoi que ce soit... (je finis par le coter comme si c'était la dernière réponse, soit le costume)

Planche 7

15. Un nuage.

Q1. Des nuages qui ont des faces aussi, ici et là...des masques que je voyais comme...lui il rit, lui il pleure, pas il pleure mais il est plus triste, des masques de comédies...

Q2. On a l'impression que c'est de l'air...ça a l'air comme un nuage, comme molletonné ou comme de la ouate, ça a pas l'air...peut-être parce que c'est clair, parce qu'il y a des blancs dedans, ils ont l'air soufflés. Et ça rit, ça pleure...

16. Deux profils d'enfants aussi déguisés...ça me fait penser à des lutins, ils sont déguisés en lutins, ici en haut.

Q2. Ça fait penser à deux lutins parce qu'ils ont des petites...trucs en hauteur. On dirait vraiment deux enfants avec arrondi ici, un petit nez, la bouche...c'est assez amusant, c'est vraiment la tête qu'on voit d'un enfant, le petit nez retroussé, la petite bouche, le petit visage, un visage enfantin avec un petit chapeau de lutin.

17. (longue pause) L'aura d'une personne, a-u-r-a.

Q1. Tout le blanc. On a l'impression qu'il y aurait quelqu'un pis ça pousse... c'est pas un visage, c'est pas circulaire, on a l'impression qu'il y a de l'espace au niveau de sa tête, au niveau de son corps aussi, on a vraiment l'impression qu'il y a des... qu'il y aurait quelqu'un qui serait là, qui pousserait tout ça...(Élise indique la tache noire autour) Le blanc ça serait comme l'individu au centre, mais qui aurait la force de pousser tout ça...

- Et ce « tout ça », pouvez-vous m'en parler davantage?

- J'ai l'impression que ça serait des forces tout autour, comme beaucoup beaucoup de la personne aurait...du rayonnement...pis c'est pas collé sur elle, la tête a définitivement beaucoup plus même que le corps, le corps peut avoir de la place là, ça finit pas petit, le corps a de la place mais la tête c'est comme...beaucoup, tout autour...

- Donc l'aura ça serait...ça n'est pas clair encore pour moi.

- Toute la partie blanche intérieure, là il y en aurait peut-être moins, là on sent que le corps est blanc, y'a plus de place, mais pour un corps autant de place que ça la tête a encore beaucoup de place, elle a une grosse proportion...c'était vraiment assez frappant pour moi...

- Et votre idée de rayonnement, il y a quelque chose de particulier qui vous fait penser à ça?

- C'est triangulaire aussi... je sais pas, c'est peut-être plus ça qui...ça a pris sa place, mais de fait on dirait que c'est ça, on dirait que c'était découpé, je sais pas...

18. Éléphants, des éléphants, des têtes d'éléphants de chaque côté.

Q1. Ici, avec la trompe en haut. La force peut-être... l'éléphant... la force et la mémoire...

- La force et la mémoire?

- Oui, ses yeux...Mais un souvenir, j'ai l'impression qu'il y avait du souvenir ici, pis ici ses yeux sont vers le bas...et là...plus en position de force, donc il y a domination sur le reste, et là c'est... « je me souviens ».

19. Des castors.

Q1. Ils sont sur le coté, avec leur queue...bâtir...bâtir avec la queue, c'est un animal, mais un bâtisseur. Il y a beaucoup de force, de la force dans sa queue, c'est beaucoup plus foncé que le reste, y'a de la force dans sa gueule, mais c'est pas...mais dans sa queue, on sent que l'intérieur de la queue est noir, c'est beaucoup plus fort...(⇒ ABS) Ça c'est une image pas mal plus intéressante...

- Y a-t-il autre chose qui vous fait penser à un castor?

- Rien d'autre. On arrive aux images de couleur, ça c'est le fun!

Planche 8

20. Encore là des animaux, alors j'en vois deux qui...ah ça serait comme...genre aussi des castors, deux de chaque côté.

Q1. Les pattes, la tête, la queue. Ils marchent, ils sont en marche, j'ai l'impression qu'ils gravitent (DV1) quelque chose. Ils sont en marche...

- Ils gravitent vous dites?

- Oui, parce que il y a les pattes qui montent, un truc de montée, escalader...

21. Un corail, ici.

Q2. Peut-être de la couleur orange mêlée avec du rose donne la couleur corail...

22. Un bijou, bracelet.

Q1. Il est là. Il est là dans le sens qu'on a l'impression qu'il y a une touche de orange, une touche de rose, une touche de bleu, une touche de gris...on a l'impression qu'il ferme quand même le bracelet. C'est très beau... sans les animaux sur le côté.

23. Un chapeau...mais un chapeau genre...un chapeau de plumes, de théâtre, avec des belles plumes qui pendent.

Q1. Ici, en bas. On a l'impression qu'il y a des plumes, mais grandes, comme les plumes euh...portées...quelqu'un porte un chapeau comme ça pis il y a des grandes plumes...Ah, mon dieu, c'était des vieux costumes à l'époque, avec des grandes plumes longues orangées, beaucoup, beaucoup l'effet ici, encore là toute la nuance des couleurs, plus foncé, plus pâle, ça donne l'effet de voluptué (Élise prononce mal ce mot ⇒ DV1)...Et puis aussi en avant y'aurait comme une grande...y'a des différences de nuances, y'a beaucoup de voluptué, avec la nuance du rose et du orange, ça donne beaucoup, beaucoup de chaleur peut-être à la couleur...

- Vous avez dit que quelqu'un porte le chapeau?

- Euh... je vois juste le chapeau.

24. C'est comme un médaillon avec beaucoup de ramifications. Il y a des ramifications, mais il y a aussi euh...comme le dessin de...comme deux mailles qui vont une dans l'autre, très joli médaillon...ça développe trop d'imagination! (rires)

Q1. Alors on aurait vu comme un bijou, encore là c'est un bijou, c'est un médaillon. On voit qu'ici ça rentre l'un dans l'autre, ça s'attacherait comme ça. Ici y'a des ramifications entre le bleu et les différentes teintes, y'a des petites pattes. Ça ferait un très, très beau bijou, encore là sans les animaux sur le côté. Et on a l'impression qu'il se tient vraiment. Le orange est nuancé avec le rose qui ferait comme une pièce, qui est rattachée au bleu par...comme deux anneaux l'un pris dans l'autre et le bleu avec le gris ou le gris bleu est rattaché plus par des ramifications...

- Quand vous dites le orange, le bleu, le rose...

(Élise m'explique de nouveau comment elle perçoit les "attaches").

- Vous dites que c'est joli?

- Oui, c'est très beau je trouve.

Planche 9

- Moi je suis sensible aux couleurs, alors quand il arrive des couleurs c'est beaucoup plus intéressant! (rires)

25. Des fleurs...peut-être des roses, ici en bas.

Q2. Parce qu'elles sont roses et ça fait des formes de fleurs qui seraient pas tout à fait ouvertes. On en voit plusieurs, un, deux, peut-être trois, peut-être quatre là, je veux dire on voit des roses ici.

26. Des formes qui...comment je pourrais expliquer...qui font le pont. On a l'impression qu'il y a quelqu'un...il y a un passage pis par dessus comme des formes qui font le pont au dessus, mais pas quelque chose de statique quelque chose de...comme des éléments vivants qui...feraient le passage par dessus quelqu'un pour le protéger. Pis on voit qu'il y a un passage pis le passage est accueillant. Il est difficile au début, il s'en va plus...avec les teintes de bleu pis de vert, c'est bleu-vert donc c'est beaucoup plus vers l'accueil...on a l'impression que ça part euh...un système vers l'au-delà si on voudrait. C'est ça que ça me faisait...en parlant de l'au-delà, le bas semble beaucoup le milieu de la vie, le milieu semble des turbulences, à un moment donné on a l'impression qu'il y a deux portes latérales et si on continue sur ce chemin là il y a encore de...il y a deux poches oranges de chaque côté qui ont l'air encore d'être difficiles à passer et au bout, les êtres avec des grands bras et des doigts. On a l'impression que dès que c'est passé c'est...c'est peut-être le chemin de...de la vie vers...vers la mort tout simplement.

Q1. Les formes qui font le pont sont là avec des grands bras qui font comme un pont. On a l'impression que c'est des grands doigts parce qu'il y a une différence de couleur entre le orange et le plus clair, pis y'a vraiment... on sent qu'il y a un passage ici, qu'il y a comme deux formes, deux éléments qui feraient le pont. Le passage je le voyais beaucoup avec ici très doux, ici un p'tit peu plus difficile pis là avec toutes les couleurs qui se sont peut-être ramassées ensemble, y'a des artères plus foncées, j'ai l'impression que ça c'est plus pénible, c'est gris, c'est une zone plus grise. Ici je vois deux portes...avec la différence de blanc et de gris, y'a toujours ce passage, on a l'impression que le passage était plus difficile ici, qu'il était plus facile là, plus difficile, pis là y'a une question, y'a des portes, elles vont rester ouvertes mes portes? (DR1). Pis là on continue, y'a encore des forces...difficiles, y'a un échange entre les deux formes. Pis un coup qu'on a passé cette turbulence...on rentre dans quelque chose de beaucoup plus serein...on passe là ça s'améliore, dès qu'on a quitté l'ombre verte on a vraiment l'impression de tomber dans quelque chose de beaucoup plus serein...c'est vraiment un passage du difficile au plus...y'a des turbulences définitivement, ça bouge, les couleurs sont mêlées.

- Et le plus serein, qu'est-ce qui vous fait penser à ça?

- Euh...le bleu qui est...à peine, on le voit à peine, même qu'il devient à la limite...il s'estompe le bleu... y'a aussi le vert qui rentre dans le bleu c'est vraiment...je définirais vraiment ça comme une impression de...sérénité, tandis que là, y'a de la turbulence, c'est deux ventres qui se...y'a des échanges qui se font...et entre les ventres aussi, il faut passer à travers ça. (FABCOM2)

- Éléments vivants...humains ou animal? (j'ai opté pour un M comme cote)

-Je sais pas. Je le vois définitivement comme quelque chose qui est vivant, mais je vois pas ni d'animaux ni d'êtres humains. Je vois juste comme...c'est le passage à une autre vie, y'a

un pont qui permet d'aller à une autre vie, un passage si on veut, mais un passage qui a l'air accueillant. C'est pas fermé, c'est comme "vas-y là, t'es rentrée dans un autre monde"...

Planche 10

C'est très beau!

27. Des oiseaux...jaunes et noirs, je me souviens plus...peut-être des colibris...des oiseaux...

Q1. Ici, ils ont une grande queue, des pattes.

28. Des fleurs...

Q1. Où j'ai vu des fleurs, mon dieu...je pense que c'est ça que j'ai vu comme fleurs...

Q2. Ça a la forme d'une fleur.

29. Des araignées bleues... (INCOM1)

Q1. Ici, c'est plein de pattes.

30. Des hippocampes, deux hippocampes qui se touchent.

Q1. Ici, ça a des formes comme ça.

- Y a-t-il autre chose qui vous fait penser à des hippocampes?

- Non.

31. Une haie verte, h-a-i-e. On a l'impression qu'elle danse la haie.

Q1. Elle est en mouvement. On a vraiment l'impression qu'elle est en mouvement parce que le dégradé des couleurs ici donne une sensation de...elle est pas fixe. Peut-être une chenille, une grande chenille... J'ai l'impression que la haie elle est sur une chenille ou c'est une chenille qui est une haie, oui parce qu'on a vraiment l'impression des mille pattes, des petites pattes longues qui ont cette sensation de mouvement.

32. Des moucherons qui ont l'air de se battre pour une plante qui a perdu sa couleur.

Q1. En haut ici. Ils sont très laids (⇒ DR1) La plante a même l'air morte. Y'a encore des feuilles, mais elle est grise, on a l'impression qu'elle est morte et les deux moucherons qui se battent pour...

33. Si on l'inverse, on voit un masque... très beau, très, très beau dans le détail. Dans mon masque j'ai...un masque qui se tiendrait à la main et...légèrement dessiné... les lèvres, d'un simple V, les joues attachées au nez...en bleu...des yeux jaunes avec un milieu rouge et des sourcils verts. Tout le contour du visage c'est une grande vallée rouge (FABCOM?), vallée puis après montagne, on a l'impression qu'il y a une vallée puis une montagne qui ressort...à ça sont rattachés des insectes de couleurs très jolies (FABCOM1), du bleu, du vert, très, très joli, un masque qui serait très, très apprécié...(DR1) voilà!

Q1. (Élise localise les parties) Si on veut, par extension, le masque on peut lui rattacher toutes sortes de couleurs, de formes...

- Vous avez dit il y a toutes sortes d'insectes...

- Je mettrais encore là une araignée...on peut la raccrocher l'insecte. Ici aussi je mettrais un insecte, mais ils sont pas laids, ils sont beaucoup plus jolis que dans le sens inverse...ça serait original à réaliser ça...(DR1)

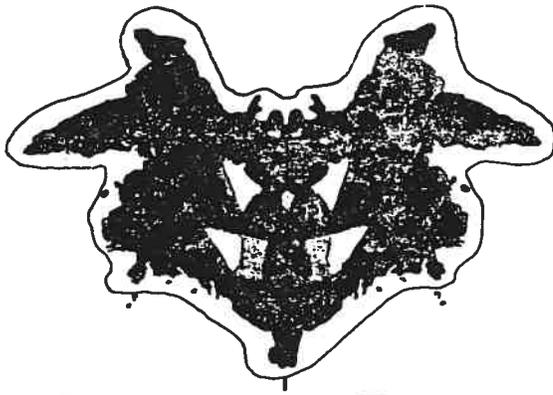
- Et qu'est-ce qui vous donne l'impression d'une vallée et d'une montagne?

- Le plus foncé et le plus pâle dans le rouge, c'est en relief.

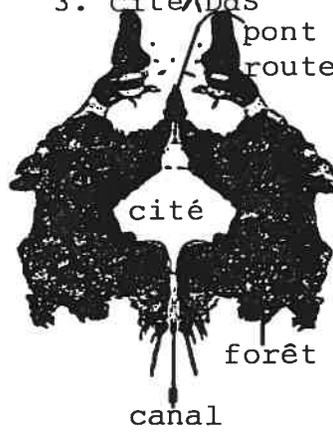
Note : lors de la performance, Élise est très posée, elle prend un rythme plutôt lent. Durant l'enquête, elle est plus impatiente.

Après l'enquête, je fais une épreuve des limites : voit-elle les humains à la planche III? Elle répond : « Oui, mais ils seraient très laids, ils auraient un bec, pas vraiment des bras, ça serait peut-être à la limite des oiseaux étant donné les pattes. »

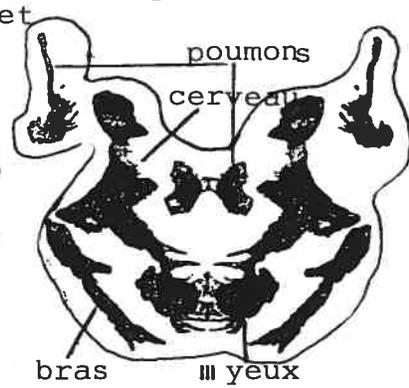
1. Papillon ^W



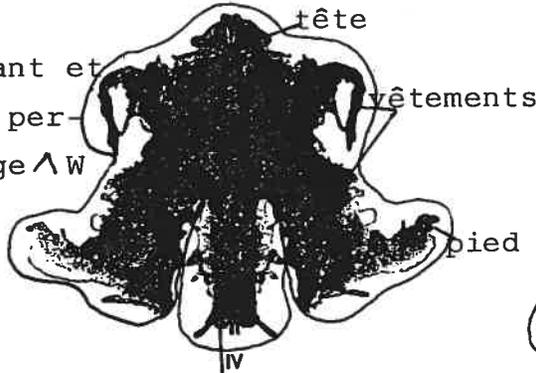
3. cité ^DdS
pont et route



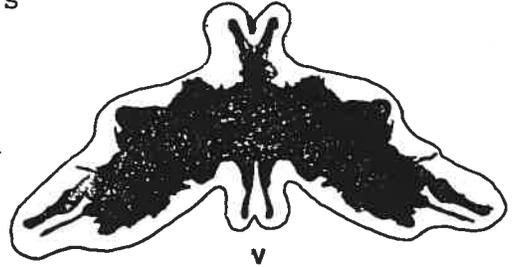
6. Organes ^W



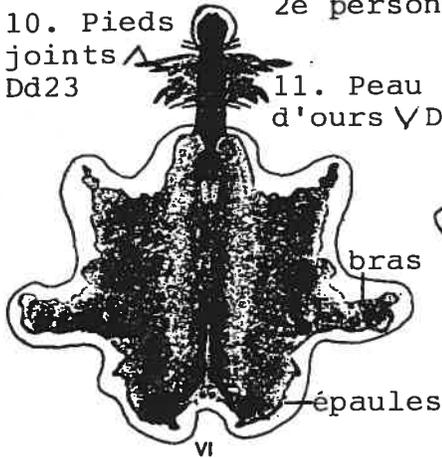
7. Géant et autre personnage ^W



8. Papillon ^W

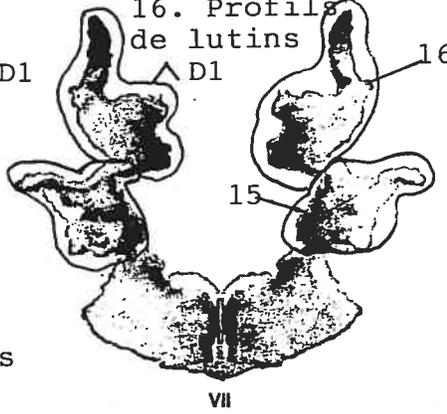


10. Pieds joints ^Dd23



2è personnage ^IV

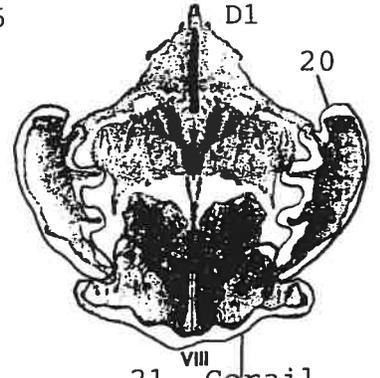
11. Peau d'ours ^D1



15. Nuages / masques ^D3

16. Profils de lutins ^D1

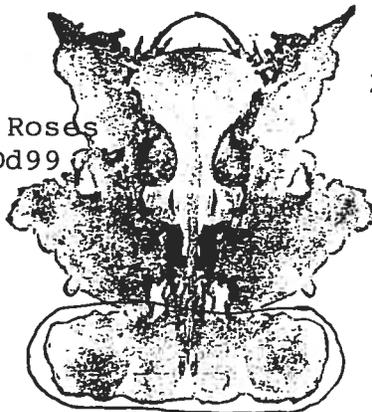
20. Castors ^D1



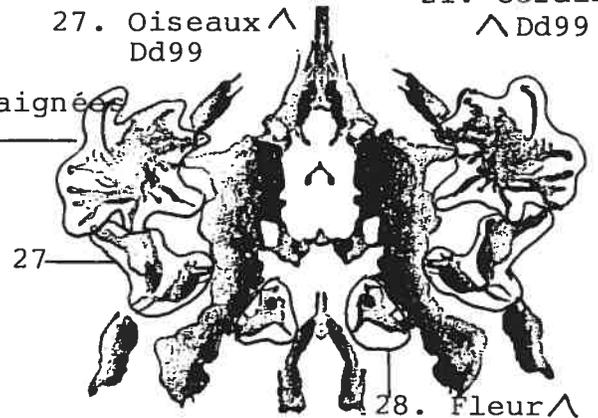
27. Oiseaux ^Dd99

21. Corail ^Dd99

25. Roses ^Dd99



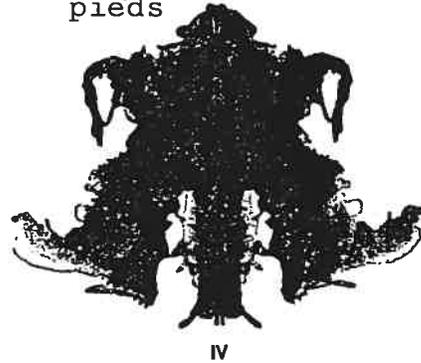
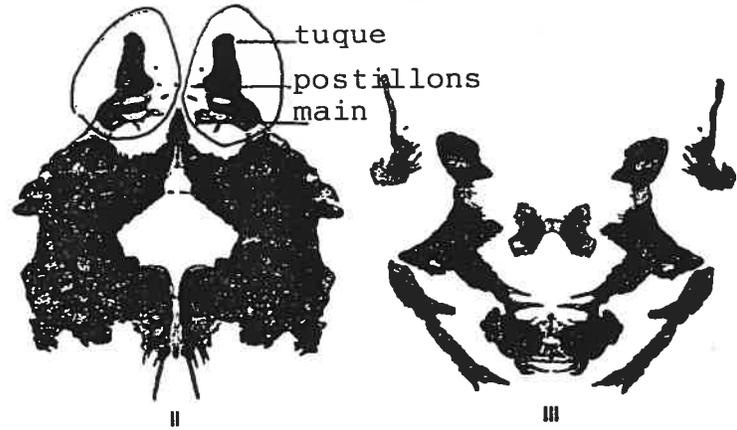
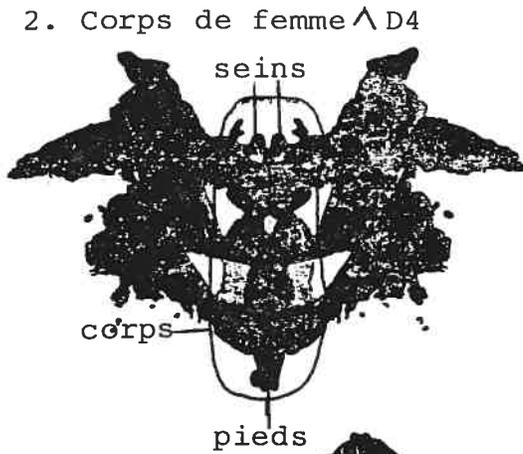
29. Araignées ^D1



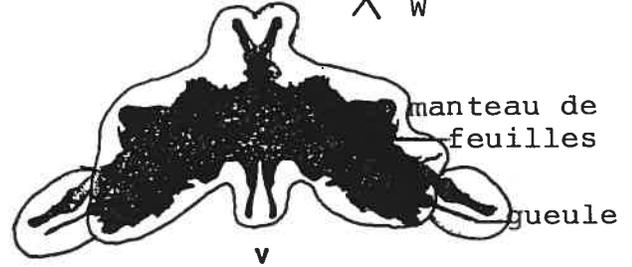
28. Fleur ^D2

Localisation des réponses sujet no. 1 : Elise

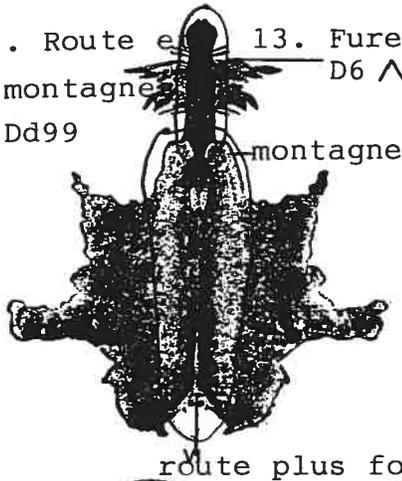
4. Enfants avec cagoules ^ D2



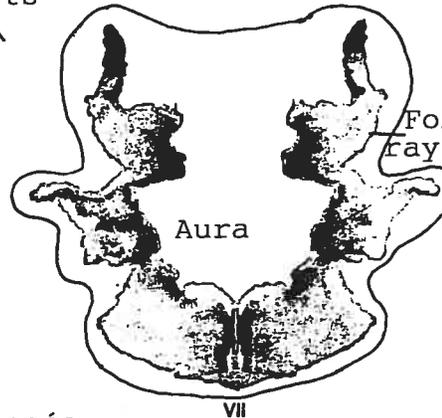
9. Lapin et gueules de loup ^ W



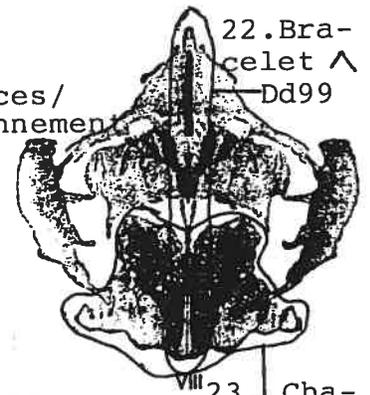
12. Route e montagne ^ Dd99



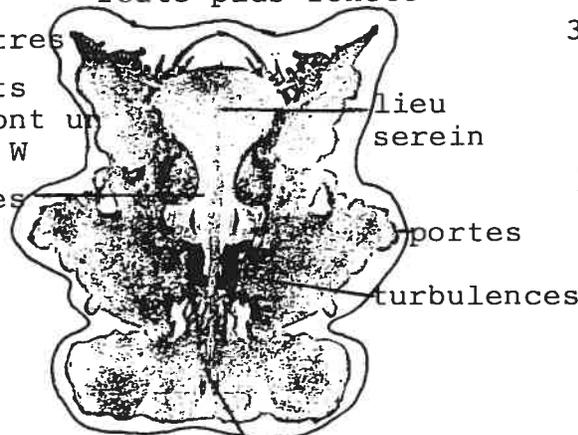
13. Furets D6 ^



17. Aura ^ WS

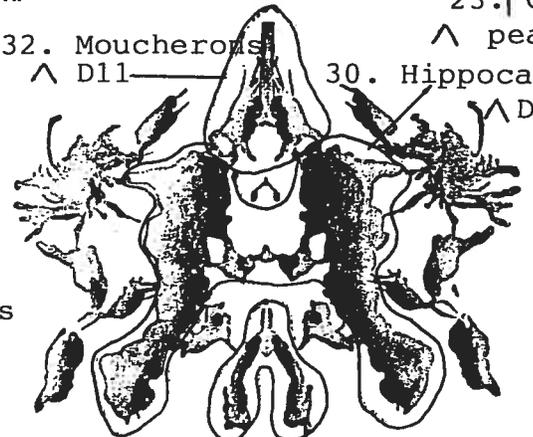


26. êtres vivants qui font un pont ^ W ventres



32. Moucheron ^ D11

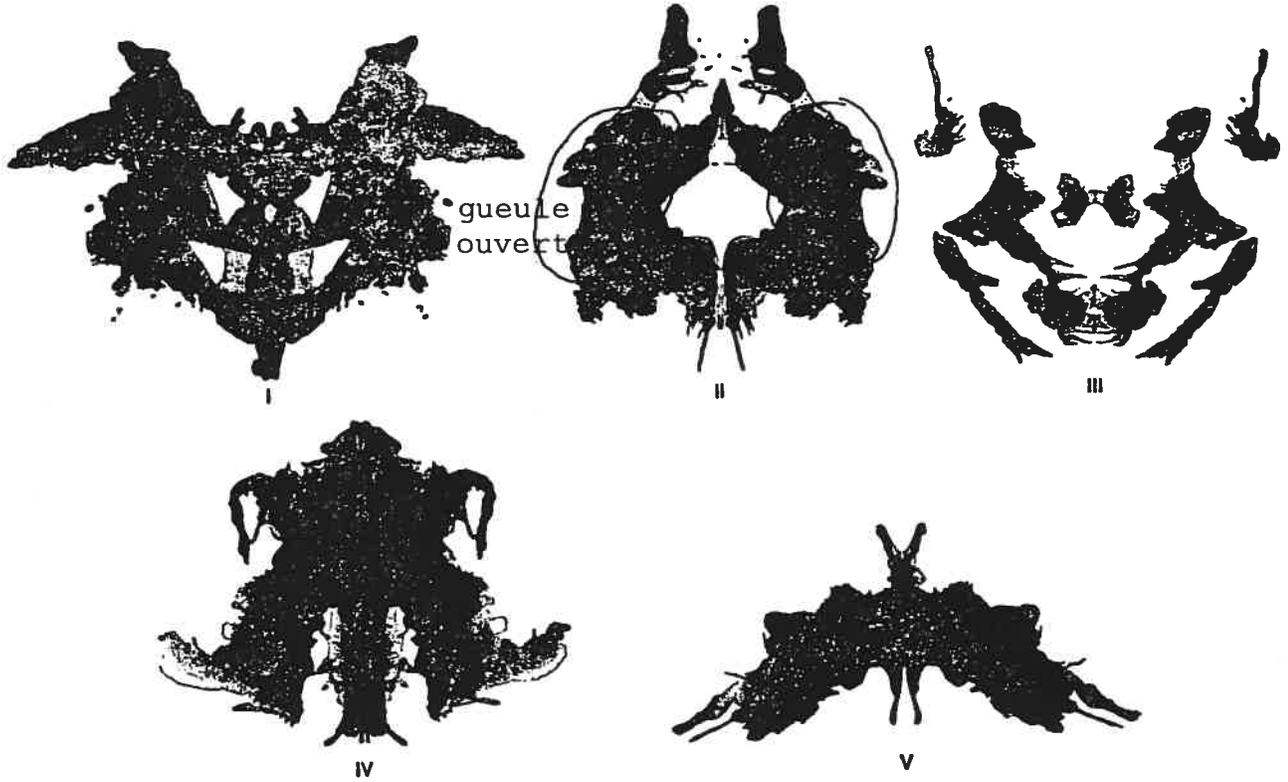
30. Hippocampe ^ Dd99



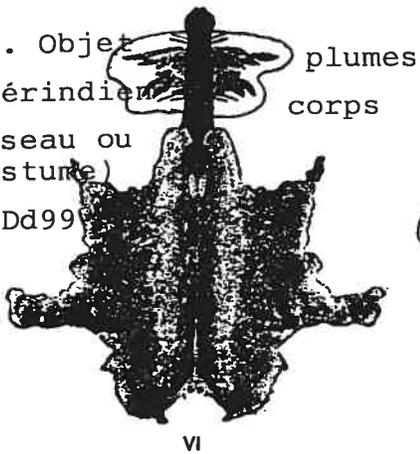
Rorschach: Psychodiagnostics IX passage plus doux

31. X Chenille / Printed in U. S. A. ^ haie D10

5. Têtes de lions Dd99

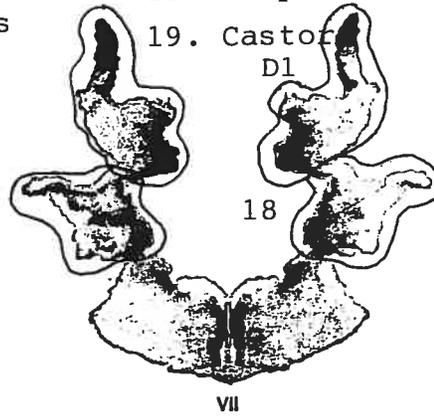


14. Objet amérindien (oiseau ou costume) Dd99

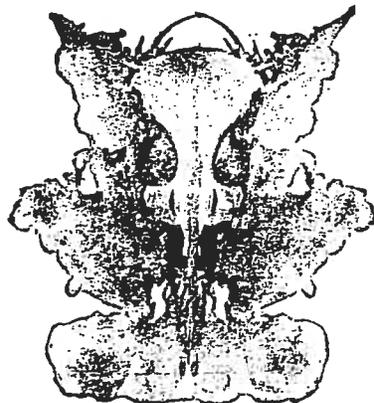
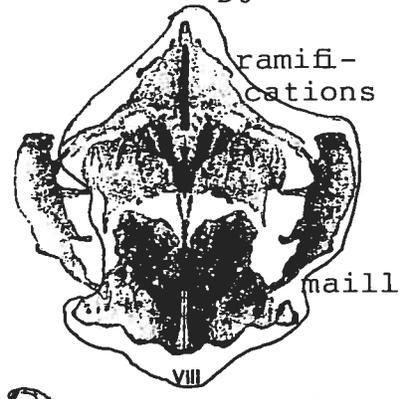


18. Eléphants D3

19. Castor D1

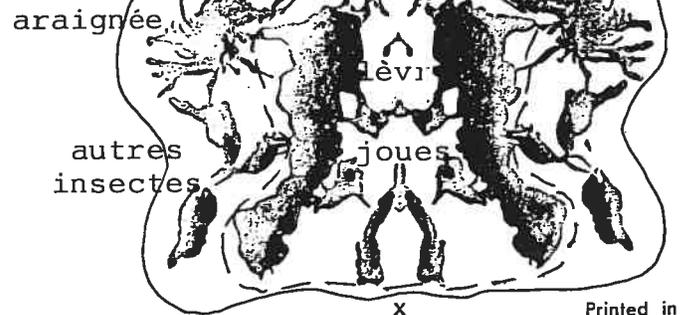


24. Médaillon D6



Rorschach: Psychodiagnostics IX

33. Masque et insectes autour W ---contours du masque



X sourcils

Printed in U. S. A.

Profil d'Élise à la MTCM

SUJET NO.1 : ÉLISE (MTCM et ÉTATS MENTAUX)

Extrait no.	Niveau de Fonctionnement	Cote maturité des relations d'objet	Cote état mental
Première entrevue cotée			
1	Trois	RCTHRORALDEP	REACP
2	Trois	RFORALDEV (r)	READB
3	Trois	RCTHRORALDEP	READB
4	Trois	RTHRLPI	READB
5	Trois	RCTHRORALDENV	READB
6	Trois	RTHRLPI	READB
7	Trois	RTHRLPI	READB
8	Trois	RCTHRORALDEP	READB
9	Trois	UNS	UNS
10	Trois	QFAOBS	READH
11	Trois	QFAOBS	OBRC
12	Trois	FORALDEV	OBRC
13	Trois	RTHRAPI	OBRC
14	Trois	RTHRLPI	OBRC
15	Trois	RTHRAPI	OBRC
16	Trois	RCTHRORALENV	READB
17	Trois	RCTHRORALDEP	OBRC
18	Trois	QFAIDEA	OBRC
19	Trois	RCTHRORALDENV	READB
20	Trois	QFNARGRAN	READB
21	Trois	RCTHRORALENV	READB
22	Trois	RFORALCAN	READB
23	Trois	QFNARGRAN	OBRC
24	Trois	RCTHRORALSAD	READB
25	Trois	RCTHRORALDEP	READB
26	Trois	RCTHRORALDEP	OBRC
27	Trois	RFORALPCAN	OBRC
28	Trois	RFORALPCAN	READB
29	Trois	RFORALPCAN	READB
30	Trois	QFNARGRAN	READB
31	Trois	QFNARGRAN	READB
32	Trois	QFNARGRAN	OBRC
33	Trois	RFORALCAN	OBRC
34	Trois	UNS	REACP

SUJET NO.1 : ÉLISE(MTCM et ÉTATS MENTAUX)

Extrait no.	Niveau de Fonctionnement	Cote maturité des relations d'objet	Cote état mental
Deuxième entrevue cotée			
1	Trois	UNS	OBR
2	Trois	RCTHRORALDEP	READB
3	Trois	RCTHRORALDEP	OBRC
4	Trois	RFORALPCAN	READB
5	Trois	QFANAR	READB
6	Trois	THRAPI	READB
7	Trois	RTHRAPI	READB
8	Trois	RTHRAPI	READB
9	Trois	QFANAR	OBRC
10	Trois	RTHRAPI	REACP
11	Trois	THRHOME	READB
12	Trois	RFORALCAN	OBRC
13	Trois	QFAIDEA	OBRC
14	Trois	QFAIDEA	OBRC
15	Trois	QFNARGRAN	OBRC
16	Trois	RCTHRORALDENV	OBRC
17	Trois	RTHRAPI	READB
18	Trois	THRASP	READB
19	Trois	RCTHRORALDEP	READB
20	Trois	QFARGRAN	OBRC
21	Trois	FORALDEV	OBRC
22	Trois	QFANAR	OBRC
23	Trois	QFANAR	OBRC
24	Trois	QFAIDEA	REACP
25	Trois	RFORALSDEV	READB
26	Trois	QFAIDA	OBRC
27	Trois	QFNARGRAN	READB
28	Trois	RCTHRORALDENV	READB
29	Trois	THRLPI	READB
30	Trois	QFANAR	READB
31	Trois	QFNARGRAN	READB
32	Trois	RFORALSDEV	READB
33	Trois	QFANAR	READB
34	Trois	RFORALSDEV	READB
35	Trois	THRLPI	READB
36	Trois	QFAMED	REACP
37	Trois	THRLPI	READB
38	Trois	RFORALODEV (r)	OBRC
39	Trois	QFANAR	OBRC
40	Trois	UNS	OBRC

ANNEXE F-2

Profil psychopathologique
du sujet no. 2 : Carole

Profil de Carole au SCL-90-R

Profil de Carole au DIB-R

Résultats du sujet no. 2 (Carole) au DIB-R

1. Score total de l'échelle d'émotions (0-10)	10
Score pondéré de la section (0-2)	2
2. Score total de l'échelle de cognitions (0-6)	3
Score pondéré de la section (0-2)	1
3. Score total de l'échelle des comportements impulsifs (0-10)	5
Score pondéré de la section (0-3)	2
4. Score total de l'échelle des relations interpersonnelles (0-18)	10
Score pondéré de la section (0-3)	3

Score total DIB-R : 8/10

Profil et verbatim de Carole au Rorschach

CONSTELLATIONS WORKSHEET**S-Constellation (Suicide Potential):**

- Check Positive if 8 or more conditions are true:
NOTE: Applicable only for subjects over 14 years old.

- $FV+VF+V+FD > 2$
 Color-Shading Blends > 0
 $3r+(2)/R < .31$ or $> .44$
 $MOR > 3$
 $Zd > +3.5$ or $Zd < -3.5$
 $es > EA$
 $CF+C > FC$
 $X+\% < .70$
 $S > 3$
 $P < 3$ or $P > 8$
 Pure H < 2
 $R < 17$

DEPI (Depression Index):

- Check Positive if 5 or more conditions are true:

- $(FV+VF+V > 0)$ OR $(FD > 2)$
 (Col-Shd Blends > 0) OR $(S > 2)$
 $(3r+(2)/R > .44$ and $Fr+rF=0$)
 OR $(3r+(2)/R < .33)$
 $(Afr < .46)$ OR (Blends < 4)
 $(SumShading > FM+m)$ OR $(SumC' > 2)$
 $(MOR > 2)$ OR $(2xAB+Art+Ay > 3)$
 $(COP < 2)$ OR
 $([Bt+2xCl+Ge+Ls+2xNa]/R > .24)$

HVI (Hypervigilance Index):

- Check Positive if condition 1 is true and at least 4 of the others are true.

- (1) $FT+TF+T = 0$

 (2) $Zf > 12$
 (3) $Zd > +3.5$
 (4) $S > 3$
 (5) $H+(H)+Hd+(Hd) > 6$
 (6) $(H)+(A)+(Hd)+(Ad) > 3$
 (7) $H+A : Hd+Ad < 4:1$
 (8) $Cg > 3$

SCZI (Schizophrenia Index):

- Check Positive if 4 or more conditions are true:

- * EITHER: $(X+\% < .61)$ and $(S-\% < .41)$
 OR: $(X+\% < .50)$
 $X-\% > .29$
 EITHER: $(FQ- \geq FQu)$
 OR: $(FQ- > FQo + FQ+)$
 $(Sum\ Level\ 2\ Sp.\ Sc. > 1)$ and $(FAB2 > 0)$
 EITHER: $(Raw\ Sum\ of\ 6\ Spec.\ Scores > 6)$
 OR: $(Weighted\ Sum\ of\ 6\ Sp.\ Sc. > 17)$
 EITHER: $(M- > 1)$
 OR: $(X-\% > .40)$

CDI (Coping Deficit Index):

- Check Positive if 4 or 5 conditions are true:

- $(EA < 6)$ OR $(AdjD < 0)$
 $(COP < 2)$ and $(AG < 2)$
 $(Weighted\ Sum\ C < 2.5)$ OR $(Afr < .46)$
 $(Passive > Active+1)$ OR $(Pure\ H < 2)$
 $(Sum\ T > 1)$
 OR $(Isolate/R > .24)$
 OR $(Food > 0)$

OBS (Obsessive Style Index):

- (1) $Dd > 3$
 (2) $Zf > 12$
 (3) $Zd > +3.0$
 (4) $Populars > 7$
 (5) $FQ+ > 1$

- Check Positive if one or more is true:

- Conditions 1 to 5 are all true
 2 or more of 1 to 4 are true AND $FQ+ > 3$
 3 or more of 1 to 5 are true AND $X+\% > .89$
 $FQ+ > 3$ AND $X+\% > .89$

* NOTE: Should be adjusted for younger clients.

RÉSUMÉ STRUCTURAL SUJET NO. 2 : CAROLE

Location Features	Determinants Blends	Single	Contents	Approach Summary Card : Locations:
Zf = 24 Zsum = 83.5 Zest = 81 W = 10 (Wv = 1) D = 13 Dd = 17 S = 12 DQ (FQ-) + = 19 (7) o = 19 (4) v/+ = 0 (--) v = 2 (--)	FM a. FC' m a. CF. M a FM p. FV M p. FY. FT m a. FY. FT. FC' m p. YF m p. FY FM p. CF m p. CF CF. M p m p. M a. CF FM a. CF CF. m p CF. FM a CF. CF'	M = 2 FM = 3 m = 2 FC = 0 CF = 1 C = 2 Cn = 0 FC' = 3 C'F = 0 C' = 0 FT = 1 TF = 0 T = 0 FV = 0 VF = 0 V = 0 FY = 2 YF = 1 Y = 0 Fr = 0 rF = 0 FD = 0 F = 8	H = 5 (H) = 2 Hd = 6, 7 (Hd) = 0 Hx = 0, 1 A = 12 (A) = 0 Ad = 2 (Ad) = 0 An = 3, 2 Art = 2 Ay = 1, 2 Bl = 1, 4 Bt = 1, 2 Cg = 0, 7 Cl = 0 Ex = 0 Fd = 0 Fi = 0, 3 Ge = 0 Hh = 0 Ls = 0, 2 Na = 1 Sc = 1, 1 (2) = 3 Sx = 0, 10 Xy = 0 Idio = 3, 1	I : WS, W, W, D, Dd, Dd II : Dd, Dd, DS, DS III : D, DdS, DdS, DS IV : W, Dd, Dd, Dd V : W, Dd VI : W, Dd, D, W, D VII : DdS, WS, DdS VIII : W, Dd, D IX : W, DdS, DS, D X : D, Dd, D, D, DdS Special Scorings <u>Lvl-1</u> <u>Lvl-2</u> DV = 2 X 1 0 X 2 INC = 3 X 2 1 X 4 DR = 3 X 3 5 X 6 FAB = 1 X 4 6 X 7 ALOG = 0 CONTAM = 2 X 7 Raw Sum6 = 23 Wgtd Sum6 = 111 AB = 6 CP = 0 AG = 0 MOR = 2 CFB = 0 PER = 9 COP = 0 PSV = 0
Form Quality				
FQx	FQf	Mqual	SQx	
+ = 1	+ = 0	+ = 1	+ = 0	
o = 8	o = 1	o = 0	o = 1	
u = 20	u = 5	u = 3	u = 6	
- = 10	- = 2	- = 2	- = 5	
none = 1	none = 0	none = 0		

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

STRESS AND RESOURCES

R = 40	Lambda = 0.25	
EB = 6 : 13	EA = 19	EBPer = 2.17
eb = 17 : 17	es = 34	D = -5
	Adjes = 20	AdjD = 0
FM = 8	C' = 6	T = 3
m = 9	V = 1	Y = 7

AFFECT

FC : CF + C = 0 : 12
Pure C = 2
SumC' : WsumC = 6 : 13
Afr = 0.43
S = 12
Blends : R = 15 : 40
CP = 0

INTERPERSONAL

COP = 0	AG = 0
Food = 0	
Isolate/R = 0.18	
H : (H)+Hd+(Hd) = 5 : 15	
(H)+(Hd) : (A)+(Ad) = 2 : 0	
H+A : Hd+Ad = 17 : 15	

IDEATION

a : p = 11 : 12	Sum6 : 23
Ma : Mp = 3 : 3	Lvl-2 = 12
2AB+(Art + Ay) = 17	WSum6 = 111
M- = 2	M none = 0

MEDIATION

P = 7
X+% = 22.5%
F+% = 12.5%
X-% = 25%
S-% = 50%
Xu% = 50%

PROCESSING

Zf = 24
Zd = +2.5
W:D:Dd = !0:13:17
W : M : 10 : 6
DQ+ : 19
DQv : 2

SELF-PERCEPTION

3r+ (2)/R = 0.075
Fr + rF = 0
FD = 0
An + Xy = 5
MOR = 2

COTATION RORSCHACH SUJET NO. 2 : CAROLE

Card	Resp. No.	Location and DQ	Loc. No.	Determinant(s) And Form Quality	(2)	Content(s)	Pop	Z-Score	Special Scores
I	1	WS o		FM a o	--	A	P	3.5	PER
I	2	W o		FC' o	--	A, Ay	--	1.0	PER. DR2. AB
I	3	W o		FM a. FC' o	--	A	P	1.0	INCOM1. DR1
I	4	D +	4	M a +	--	H, Cg, Ay	P	--	PER
I	5	Dd +	99	F u	--	H, Cg	--	--	PER
I	6	Dd o	99	F u	--	Hd, Sx	--	--	---
II	7	Dd o	99	CF u	--	(H), Fi	--	--	AB
II	8	Dd v	99	C o	--	Bl	--	--	MOR
II	9	DS +	D3 + D4	m a. CF. M a u	--	Sc, Fi, Hd, Sx	--	4.5	CONTAM
II	10	DS +	S + D6	FM p. FV -	--	A, id	--	4.5	---
III	11	D o	1	F -	--	A	--	--	PER
III	12	DdS o	99	FC' -	--	Hd, Cg	--	4.5	---
III	13	DdS o	99	M p. FY. FT -	--	Hd, An, Sx	--	4.5	FABCOM2
III	14	DS o	D7 + S	F u	--	Art	--	4.5	---
IV	15	W o		m p u	--	Ad	--	2.0	INCOM2
IV	16	Dd o	99	m a. FY. FT. FC' u	--	Bt	--	--	---
IV	17	Dd +	99	FY u	--	(H), Hd, Sx, Cg	--	4.0	DV2. FABCOM2 (⇒CONTAM)
IV	18	Dd +	99	m p. YF -	--	H, Cg	--	--	DV1. PER
V	19	W o		FM p o	--	A	P	1.0	PER
V	20	Dd o	99	F u	--	Id	--	--	---
VI	21	W o		F o	--	A	P	2.5	MOR. PER
VI	22	Dd o	99	F u	--	A	--	--	---
VI	23	D o	5	FT u	--	A	--	--	DV1
VI	24	W +		m p. FY u	--	Hd, Sx, Cg, Hx	--	2.5	DR2. FABCOM2
VI	25	D +	8	FY o	--	Ay, Ls	--	2.5	DR1. PER
VII	26	DdS o	99	M p u	--	Hd, Sx	--	--	---
VII	27	WS +		YF u	--	Na, An, Hd, Sx, Sc	--	4.0	CONTAM
VII	28	DdS +	99	FM a u	--	A, Fi	--	4.0	FABCOM1

⇒ Tendance à une cote spéciale : cette cote n'est pas comptabilisée car bien que possible, on ne peut l'inscrire hors de tout doute.

COTATION RORSCHACH SUJET NO. 2 : CAROLE (SUITE)

Card	Resp. No.	Location and DQ	Loc. No.	Determinant(s) And Form Quality	(2)	Content(s)	Pop	Z-Score	Special Scores
VIII	29	W +		FM p. CF u	2	Art, A, Bt, Ls	P	4.5	DR1. AB
VIII	30	Dd +	99	m p. CF u	--	An, Sx, Hd, Bl	--	--	FABCOM2
VIII	31	D +	6	CF. M p -	--	H	--	3.0	AB
IX	32	W v		C sans forme	--	Id	--	--	AB. DR2
IX	33	DdS +	99	m p. M a. CF u	--	An, Bl, Hd, Sx	--	4.5	FABCOM2
IX	34	DS +	DS8 + D1	FM a. CF -	--	Ad, Bt	--	4.5	INCOM1. DR2
IX	35	D +	D9	CF. m p u	--	H, Bl	--	2.5	DR2
X	36	D +	D1 + D15 + D7	CF. FM a o	2	A	P	4.0	INCOM1
X	37	Dd +	99	F -	--	Hd, Cg	--	4.0	---
X	38	D o	8	FC' -	2	A	--	--	---
X	39	D o	D5	m a u	--	Id	--	--	---
X	40	DdS +	DdS 22	CF. CF' -	--	An, Hd, Sx, Bl	--	6.0	AB. FABCOM2

Verbatim Rorschach sujet no. 2 - Carole

Planche I

1. Un papillon, c'est tout. C'est comme ça que je réponds, c'est tout?

(Je l'encourage à regarder encore et elle continue à donner d'autres réponses).

Q1 (Question pour déterminer la localisation de la réponse : Où avez-vous vu le papillon dans la tache?)

- Les ailes, le corps. Ça (S : espace blanc), ça me rappelait les dessins qu'on mettait quand on était enfant sur les ailes (PER), c'est tout.

Q2 (Question pour mettre en lumière les déterminants : qu'est-ce qui dans la tache vous a fait penser à un papillon?)

- Le fait que ça soit étalé... (elle ouvre les bras)

-Étalé?

-Grand ouvert, comme s'il volait.

2. Un insecte quelconque, quelque chose qui a des ailes en tout cas. Mais c'est vraiment au niveau d'un insecte, je vois des petites antennes, des ailes, un corps.

Q1. Là ici, c'est tout noir, ça me fait plus penser à un insecte de terre, un peu répugnant là, genre scarabée, mais les scarabées ont pas d'ailes, c'est pour ça que j'ai dit que je savais pas trop ce que c'était...Après est venue la chauve-souris (voir réponse numéro 3), ça avait pas rapport avec l'insecte. Parce que justement c'est un oiseau de nuit pis c'est tout noir.

- Je ne suis pas certaine de bien voir le scarabée...

- Avez-vous lu le parfum? (PER) (je réponds à sa question) Euh...il y a comme une grotte dans le désert un peu, il se passe rien, il fait noir, du sable...un scarabée, mais les scarabées ont pas d'ailes justement...alors disons un scarabée dans l'antiquité grecque! (rires) Il y a le corps, la queue, ça c'est...les scarabées y'en a qui ont des grandes queues pis c'est là-dedans qu'il y a le poison, ça serait ça ici...mon dieu est-ce que c'est un pénis empoisonné? (DR2)

- En feriez-vous une autre réponse du pénis?

- Ben là, c'était la première image... j'avais pas vu de sexualité dedans...non j'en ferais pas...mais c'est lugubre celle-là, surtout après avoir vu les autres avec la couleur...c'est la mort (AB).

Caractère gras : interventions de l'examinatrice

Caractère ordinaire : Élise

⇒ tendance à la présence d'une cote spéciale étant donné la formulation. Toutefois, la cote n'est pas présente hors de tout doute et n'est donc pas comptabilisée.

Note : après accord inter-juges, le pénis empoisonné n'a pas été coté comme une réponse séparée ni comme une réponse fusionnée avec la queue du scarabée (CONTAM), même si on sent que madame est tentée de faire une superposition des deux images. Nous avons plutôt cotée cette verbalisation DR2.

3. Une chauve-souris.

Q1. Ben là, c'est parce que je cherchais un lien entre un insecte avec des ailes...j'en suis venue à la chauve-souris. Ça ressemble vraiment à un corps de chauve-souris avec des ailes, dont les ailes sont ouvertes, une chauve-souris en plein vol, on voit ses petites mains (INCOM1) en haut. C'est drôle qu'on dit une, une chauve-souris et non pas un papillon (DR1). Pis il y a un corps de femme là (*réponse numéro 4, apparue durant l'enquête*), avec des bras ouverts, le col comme en 1800...Avec les jambes...comme une petite ballerine musicale là...Ça c'est la taille, comme une ballerine tut tut tut, elle est sur la pointe des pieds...en tout cas (rires)...Mes lectures me...parce que je viens de voir quelque chose d'autre...

- Oui?

- Mais c'est par rapport à la ballerine, parce que je suis en train de lire quelque chose, je vois le prince de...(*réponse numéro 5, apparue durant l'enquête*). Vous voyez, ils étaient en collant à l'époque, avec un espèce de veston, les bras bouffants, le col, la même chose mais...la ceinture...qu'est-ce que c'est ça? C'est un clitoris...? Oui, ici, regardez la forme ronde (*réponse numéro 6, apparue durant l'enquête*)

Planche II

7. Oh...un diable, le diable.

Q1. À cause du feu, les cornes, c'est tout. C'est juste à cause du rouge que j'ai pensé à ça. Ça représente l'enfer. (AB)

8. Du sang.

Q1. À cause du rouge. Peut-être ça aussi, comme des plaies sur la peau.

9. Je vois une fusée...une fusée dans l'immensité avec la propulsion.

Q1. ...là que je la regarde plus longuement là...l'éjaculation...

- La propulsion, qu'est-ce qui vous fait penser à ça?

- Ça ici, ça c'est le haut de ma fusée, ça c'est le bas et puis c'est la propulsion en rouge, c'est du feu craché...

- L'éjaculation ça serait où?

- C'est à cause de ce que je viens de dire, à cause de l'explosion ici. Le mot explosion me fait penser à l'éjaculation. Et puis il y a comme un gland ici et puis ça, ça me fait penser, je me souviens plus comment ça s'appelle, la petite veine qu'il y a sur le gland...Et puis la

fusée qui est propulsée on dirait qu'elle va entrer dans quelque chose, ça me fait penser au coït...ah oui ça va rentrer ici...

10. Un oiseau...un oiseau en haut pis ça c'est son ombre en bas. On le voit de haut, mais là le rouge a rien à faire là. C'est tout.

Q1. Ça c'est l'oiseau (S), le soleil est au dessus fait qu'on voit l'ombre ici par terre, mais là je fais abstraction du rouge.

Q2. Ça c'est le corps avec les ailes grandes ouvertes, la tête, et puis le bec en avant, normalement on devrait pas voir la petite ligne là, mais la petite ligne ça fait penser au bec qui s'ouvre...

- Et l'ombre?

- Parce que c'est foncé, c'est comme si c'était en deux dimensions...

- En deux dimensions?

- L'oiseau est en haut, et l'ombre est en bas.

Planche 3

11. Un chat.

Q1. Les oreilles, et puis les côtés ici je sais pas comment ça s'appelle, les mâchoires avec les p'tits poils comme Sylvester, le poil qui revole, une bouche...

- Les poils?

(Carole me montre où sont les poils sur la tache).

- Y a-t-il autre chose qui vous fait voir des poils?

-Tout ça ici, la bouche, comme les deux ronds. Moi quand je dessine un chat, je fais deux ronds avec...et puis l'oreille en haut.

12. Euh...un serveur avec le nœud papillon...qui a une bedaine en plus.

Q1. Ça c'est sa bedaine (S) son nœud papillon, pis c'est blanc sur noir donc il est en toxedo, chemise blanche toxedo. Ça, ça me fait penser ici à un buste, comme une petite sculpture (*réponse numéro 14, apparue durant l'enquête*)

- Qu'est-ce qui vous fait penser à un nœud?

- Le rouge au centre...(forme)

13. Comme un sexe de femme...un sexe de femme avec les jambes ouvertes et puis ça c'est l'utérus (FABCOM2). C'est tout.

Q1. Il y a les lèvres du vagin autour, en gris pâle, y'a l'orifice vaginal qui est en blanc et ici peu importe vraiment les couleurs, ça serait juste un jeu d'ombrages dans une esquisse, le noir ça serait les jambes ouvertes ici comme ça, et puis ça n'a plus vraiment...Ça ici ça représente, derrière le vagin, l'intérieur utérin (S)...Pis ça, ça me fait penser à la peau des lèvres. Ça, ça me fait penser à l'anus...comment vous allez vous y retrouver?

- Je ne vois pas bien la peau des lèvres?

- Ici, la couleur, la texture...c'est vraiment la couleur, on dirait avec les petits reflets blancs que c'est humide, que ça brille un peu...

- Qu'est-ce qui vous donne l'impression que l'utérus est derrière?

- Rien.

14. Ça c'est la base pour tenir la petite sculpture.

Q2. La forme.

Planche 4

15. (rires) Un chien.

Q1. C'est ça ici qui monte. Ça, ça serait la pomme d'Adam et puis ça monte jusqu'au museau, le museau en haut, les moustaches autour, les oreilles pendantes, et cette partie là c'est comme la chat de tantôt. (moustache + pomme d'Adam = INCOM2)

Q2. À cause des oreilles principalement et le museau en haut...

- Et les moustaches?

- Les p'tites lignes là...

16. Une fleur qui pousse, qui sort de terre.

Q1. Une orchidée, c'est ça ici, le cœur de la fleur avec les pétales autour et la tige qui est en terre, ce qui est noir c'est la terre. Les pétales, c'est plus clair que le reste et puis c'est rond.

- Et la terre?

- C'est sale, on voit que c'est pas égal (Carole frotte la tache), c'est noir...

- Noir?

- La couleur, c'est foncé...

17. Le petit Poucet avec des bottes de sept lieux. C'est tout.

Q1. Ici, il y a les bottes, ça c'est la tête en haut...mais c'est vraiment abstrait, c'est surtout à cause des bottes, je voyais les bottes pis je cherchais le corps pis j'ai dit tiens, il est petit lui pour avoir des grosses bottes comme ça...Je viens de voir un pénis ici.

Ici, on voit le corps calleux (DV2), le gland, l'orifice de l'urètre. Pis ici ça serait un peu le conduit de l'urètre qui irait jusqu'au gland pis c'est comme accroché après un corps imaginaire...

Le pénis a pénétré...probablement un vagin mais quelque chose parce que je vois pas vraiment de...d'intérieur féminin là...quoique tantôt quand on a parlé de fleur ça me faisait un peu penser à un sexe féminin là en haut, tout ce qu'était la fleur là...mais le pénis est loin...(pause) Je vois la sexualité là-dedans beaucoup, mais toutes les parties sont mélangées...

- Que voulez-vous dire?

- Ben, c'est comme si ici ça pourrait être les grandes lèvres, les petites lèvres et l'orifice vaginal, ici euh...je sais pas trop comment expliquer ça, ça me fait aussi penser au vagin mais la forme comme ça...ça me fait penser à l'urètre aussi euh...le mont de vénus au complet, tous les poils autour...

- Les poils?

- Ben, ça ça me fait penser à l'orifice vag...euh pardon à...au mont de vénus...et les moustaches, tantôt j'ai dit qu'il y avait des lignes, ça fait penser à des poils, ça me fait penser...Et il y a aussi toutes les nuances dans les tons pour les parties. Le fait que ça soit plus pâle ici, je trouve que la forme qui est découpée par la pâleur de ce ton là, donne une forme de gland, y'a vraiment un p'tit point plus foncé, tout ça mis ensemble on voit bien les parties. La même chose là je parlais du corps calleux, j'espère que je me trompe pas de mot là, mais le pénis est en érection puisqu'on voit bien à cause des pâleurs, le long, l'impression du tube parce qu'au centre c'est plus foncé. C'est très masculin hein, c'est des grosses bottes de sept lieux, avec le pénis...(FABCOM2, => CONTAM)

- Vous dites que votre réponse de tantôt, du petit Poucet avec les bottes, vous la mettez avec le pénis et le sexe féminin?

- Oui,oui. C'est une affaire.

18. Je vois aussi un haut là...je peux avoir le stylo? Ça c'est une tête de femme avec les cheveux montés, comme à la cour par exemple, avec une grande corolle (DV1) de voiles et puis des grands voiles, une robe longue ici. Alors toute cette partie là est très très féminine en haut...

- Qu'est-ce qui vous fait voir des voiles?

- Les nuances entre les gris, les noirs, je sais pas comment ça s'appelle, c'est pas des ombres chinoises, mais des fois je vois ça à Télétoon. C'est une nouvelle forme de dessins animés, c'est comme s'il y avait du vent pis on voyait les nuances dans les voiles. C'est très léger pis ça flotte un peu...

Planche 5

19. Euh...encore un insecte volant.

Q1. La tête, les antennes, la queue et les ailes ouvertes. Mais il faut être allé à l'insectarium au moins une fois hein pour voir ça. Ce dessin là me dit pratiquement rien, je voyais des

pinces ici, en fait des pinces partout (réponse 20), mais elles me disent rien... parce que j'essayais d'aller plus loin mais... je trouve que c'est un dessin obtus...

- Obtus? Dans quel sens?

- J'arrive pas à passer à un autre... une autre dimension du dessin. C'est bizarre les pinces autour... je vois rien d'autre. Je vois rien, ça me dit rien.

Planche 6

21. Un chat éventré, vidé, étalé comme si on faisait sécher sa peau, avec ses moustaches.

Q1. Comme dans un laboratoire. Alors ça c'est les petits poils de chaque côté que je parlais tantôt, les moustaches les deux lignes en haut, le cou, les épaules, les pattes, le corps, les fesses. C'est comme si on avait ouvert le chat, on l'avait tout vidé, pis on faisait sécher l'intérieur.

- Qu'est-ce qui vous donne l'impression de poils?

- Les lignes, ben ça me fait penser à un chat de bande dessinée. Je peux dessiner sur une feuille? (Carole prend une feuille blanche et dessine) On leur dessine toujours la face comme ça. Le haut est mal fait, mais ils ont toujours des poils sur le côté, comme Sylvester dans Tweety bird.

- Et l'idée de la peau?

- Euh non, c'est l'idée du chat que une fois ouvert, évidemment, y'a de la peau pis pourquoi on l'a étalé comme ça, pour faire sécher l'intérieur.

22. Je vois un scarabée ici.

Q1. Euh... j'ai dit ça? Ah oui, ici. C'est juste à cause des deux p'tites griffes, c'est un petit animal du tout, du tout, un petit animal de rien du tout.

23. (pause) Un serpent... c'est tout.

Q1: Le serpent... le dessin est fucké, toute la ligne foncée jusqu'en haut pis ce qui est plus foncé ce serait comme du chamoiré (DV1) sur les écailles, les écailles... les écailles... Pis mon serpent... ben la tête du serpent, c'est le gland d'un pénis que je vois maintenant (réponse 24 apparue durant l'enquête).

24. Encore une fois on voit l'urètre, le corps calleux (on ne cote pas de nouveau le DV) qui s'est rempli de sang où c'est plus foncé, et plus le gland en haut... A chaque fois aussi que je vois un étalement comme ça avec un centre, je pense à un sexe de femme...

- Un sexe de femme?

- Ça serait tout ce qui est foncé au centre. Il est pas bien défini, c'est euh...comment dire? Subtil...

- Et l'étalement?

- Ici, c'est comme l'intérieur des cuisses, avec le sexe comme ça...euh... Je sais pas pourquoi, mais on dirait que le pénis va triompher, qu'il y a des...d'abord il y a une forte érection puis le dessin autour il y a comme des ailes ou du feu. Ça me fait penser à un être glorieux, fier de lui. En fait je m'exprime mal, ça me fait penser à un être glorieux...ça me fait penser à un être qui se croit glorieux, c'est pas pareil...(DR2)

-Donc, autour du pénis il y a autre chose...

-Oui. Ça là, ça me fait penser à une cape de quelqu'un qui revient de la guerre, qui revole un peu au vent...Un pénis qui revient de la guerre...ou qui s'en va en guerre (rires)...(FABCOM2)

- Vous avez parlé d'une cape, du feu, des ailes...

- Peut-être plus une cape...Ça lui donne un lot de fierté, de courage, de...C'est pas bien défini...c'est en mouvement en tout cas. Est-ce qu'on continue ou on arrête parce que plus on va, plus...

- Plus il y en a?

-Oui...ben l'affaire du glorieux c'est comme un totem en haut d'une montagne (réponse 25 apparue durant l'enquête) Peut-être que c'est le conquérant du mont de Vénus...(=> CONTAM) Je pourrais en trouver d'autres encore?

- Parlez-moi de ce totem...

- C'est droit, c'est haut, il y a le bout de montagne, et les couleurs ça me fait penser à des amérindiens, les plumes...est-ce que c'est mon côté traditionnel qui ressort avec ça?(DR1) C'est comme l'indien qu'on voit à l'écran quand il n'y a pas d'émission, je pense que c'est à Radio-Canada (PER). Les plumes sont de différentes couleurs, y'a comme trois étages de couleurs différentes sur les plumes, c'est ça que je vois ici dans les nuances.

Planche 7

26. Ça me fait penser à un gland, un gland de pénis.

Q1. C'est vraiment un drôle de dessin ça. C'est ça ici, bien découpé. Il est même bien découpé du corps hein ce qui est pas...habituel, je veux dire de son corps de pénis là, il y a vraiment une démarcation, avec l'urètre au bout, il fait pipi.

27. On dirait une carte géographique...je vois tout, les montagnes, les berges, l'eau, un port avec des quais ici.

Q1. C'est tout ça. Ça c'est de l'eau, tout ce qui est en gris c'est la terre, tout ce qui est en plus pâle tout le tour de l'eau c'est du sable, ce qui est plus foncé c'est où il y a plus d'arbres, des forêts plus denses. C'est drôle tantôt j'ai parlé d'un port avec des quais...est-ce que j'ai parlé d'un utérus? (je réponds que oui, voir réponse 29, que nous n'avons finalement pas

cotée séparément). C'est drôle, le port c'est l'utérus et puis les petites lignes que je comparais à des quais c'est là où les menstruations, le sang va s'agglutiner (CONTAM), c'est un beau parallèle. Et puis l'utérus s'agrandit pour garder le bébé ici. Évidemment il y a la suite, le vagin pis les lèvres, l'extérieur de l'orifice même, les petites lèvres, les grandes lèvres, ce qui est en plus pâle c'est les grandes lèvres qui protègent l'orifice, ce qui est plus foncé c'est les petites lèvres et le gris pâle c'est l'intérieur vaginal qui communique avec le vagin... euh avec l'utérus... ça doit être ça la mère patrie.

28. Vu de haut on dirait un oiseau qui crache du feu (FABCOM1).

Q1. C'est un aigle, avec un bec, du feu et des ailes ouvertes.(pause)

27B. Ça me fait penser encore à l'utérus un p'tit peu. Un intérieur, pis le bébé va sortir par ici. C'est tout.

(pour la cotation, cette réponse est associée avec la réponse **27**, en raison de la cote CONTAM)

Planche 8

C'est plus doux...

29. Euh... mon dieu... on dirait la forêt, des sapins avec deux ours... grimés sur des rochers. C'est toute la tache. Ah j'aime beaucoup les couleurs, c'est apaisant.

Q2. Ce sont les couleurs, c'est entre le bleu et le vert, donc c'est bleu sapin ou vert sapin comme on veut. D'après moi un gars verrait bleu sapin pis une fille vert sapin en tout cas (DR2) Les rochers... je vois pas vraiment les rochers, mais mes ours il faut qu'ils s'accotent quelque part fait que j'ai dit des rochers... J'aime beaucoup, ça fait immense, l'immensité, la force de l'ours, c'est le plus grand prédateur... C'est comme des armoiries... Ben le dessin au complet pourrait représenter une armoire(s). Le dessin ça serait ce qu'on a dit, les sapins, le roc... finalement c'est trois choses très fortes pour moi. Ça représente la force. Du roc c'est solide, l'ours c'est le plus grand prédateur, le sapin vit à travers les quatre saisons...

- Qu'est-ce qui vous fait penser à des ours?

- La forme.

- Et les rochers?

- La forme aussi. Peut-être que si ça avait été d'une autre couleur j'aurais pu voir autre chose mais...

30. Ça me fait encore penser à l'utérus avec le vagin, la sortie ici... les fesses, les menstruations avec toutes les petites lignes là, comme si le sang allait s'accrocher après ça.

Q1. Je ne sais pas où j'ai vu ça sur ce dessin là... J'en sais rien. (je relie sa réponse). Mais non... là ce que je vois c'est... c'est comme si c'était la femme, là c'était l'homme, il y a une communion (réponse **31** apparue durant l'enquête). Mais l'utérus, les menstruations... je vois pas où j'ai vu ça... peut-être que c'était ici... ah oui! Ok! L'utérus ici, les lignes où s'accrochent

habituellement les menstruations, mais là il y en a plus et ce qui coule au bout c'est orange, ça représenterait le sang qui coule...

- **Qu'est-ce qui vous fait voir du sang?**

- La couleur et puis...c'est pas rouge, c'est pas brun...

31. Q2 Ben c'est délicat comparé aux deux extrémités qui sont assez larges. Ils se rejoignent hein mais pas...pas beaucoup (rires) juste sur un point, juste sur un point...

- **Et l'idée d'homme et de femme, qu'est-ce qui vous fait penser à ça?**

- Les couleurs...et puis encore une fois il y a quelque chose de pointu ici alors que de l'autre côté c'est ouvert, ça reçoit, ça s'épouse relativement bien les formes aussi, si on collait les deux là...

Planche 9

32. Des couleurs chaleureuses...

Enquête : C'était un commentaire ou une réponse?

- C'était une réponse. A cause du vert et du orangé je trouve ça très...ça me donne envie de me coucher là-dedans...(DR2)

33. Les menstruations...

Q1. Ça c'est l'utérus et les menstruations s'écoulent, mais si on met le dessin comme ça (Carole tourne la planche à l'envers), c'est le pénis qui fait écouler le sperme de ce côté-là (réponse apparue durant l'enquête et qui sera combinée à la réponse 33).

Q2 réponse 33. Ben ça ressemble un peu à un des dessins de tantôt. L'utérus est en haut, ça ça serait...qu'est-ce que ce serait ça? Ça c'est l'utérus, ça coule...qu'est-ce qui me fait penser à ça? C'est ouvert, c'est intérieur, c'est intérieur à la couleur...

- **Et vous avez parlé du pénis avec le sperme?**

- Je vois encore une fois le corps calleux (nous ne cotons pas le DV de nouveau), toujours l'urètre ici au centre, le gland au bout et puis là il y a projection...éjaculation...dans l'autre sens. Et ce qui fait penser à la menstruation (Carole revient à la réponse 33) c'est la couleur, dans ce sens là, la couleur ne joue plus de rôle...on parlait de couleurs chaleureuses là...c'est la mère, m-è-r-e...

- **Ça irait avec votre réponse de couleurs chaleureuses?**

- Oui, oui.

33b . Une pénétration...

Q1. C'est le pénis de tantôt qui pénètre là, dans l'utérus.

34. Je vois un animal, mais je pourrais pas dire ce que c'est, comme un cheval, une vache quelque chose comme ça, c'est la tête avec des cornes...

Q1. Ben là j'aime mieux une vache! (rires) Ici on a les narines, puis la bouche...le haut du museau là et puis la tête en haut avec les petites oreilles. Est-ce que les vaches ont des cornes? Non, c'est pas grave elle semble en avoir...

- Y a-t-il autre chose qui vous fait penser à la vache?

- Non, mais la vache me fait penser à vache laitière, allaitement...(DR1) Ah oui, elle broute de l'herbe.

- De l'herbe?

- Le vert, la couleur.

35. Le rose là, c'est comme si le bébé était sorti, ça représente la petite peau douce d'un bébé.

Q1. Alors tantôt on parlait de sang qui aurait été des menstruations, ici euh...ah je ne vois plus que la vache (rires)...ici tantôt quand je parlais du pénis, je me disais c'est une p'tite peau rose, je trouvais ça beau qu'un homme ait une belle peau rose comme ça...(DR2) Mais ça me fait penser à une petite peau de bébé duveteuse ce rose là et puis là on a le sang de l'accouchement qui coule comme si le petit bébé venait de sortir...Mais je ne vois pas le bébé, je vois pas de forme de bébé, c'est juste la couleur qui me faisait penser à ça avec le sang qui me faisait penser à l'accouchement frais...Ah sur votre dessin je le vois le bébé, mais là je le vois...ça c'est la tête, ça c'est son corps, son bas de corps, les fesses là, pis les jambes sont quelque part là on les voit pas...

- Et l'idée de peau duveteuse?

- Parce que pour moi un bébé c'est duveteux...

Planche 10

36. C'est la fête...qu'est-ce que c'est ça?

Q1. À cause des couleurs. Pis je sais pas, on dirait qu'il y a une effervescence là, on dirait qu'il y a beaucoup de mouvement, la vie naturelle là...j'avais parlé des araignées, je vois des oiseaux finalement que j'avais pas vus tantôt, une grenouille, ça je sais pas ce que c'est mais ça bouge...(grenouilles et araignées vont avec la fête), le couleurs aident aussi, pas juste les formes...

- Vous dites les couleurs aident à...?

- Ben la grenouille elle a une belle couleur de grenouille, les oiseaux jaunes ça fait vraiment petit serin et puis l'araignée bleue...c'est gris une araignée...

- Vous dites que là elle est bleue?

- Oui...(INCOM1)

37. Un ostrogoth. Des yeux, une moustache, un espèce de casque de guerre (rires)...

Q1. Ça c'est le visage de l'ostrogoth, avec ses deux yeux, pis sa grande moustache. Ça c'est son casque de guerrier avec je sais pas quoi au bout, des fois ils ont des petites plumes au bout...

- Qu'est-ce qui vous fait penser au casque?

- Rien de particulier...

- Y a-t-il autre chose que vous voulez ajouter?

- Non.

36b. Des araignées, des grenouilles...y'a une effervescence naturelle là...(avec réponse 36)

38. Qu'est-ce que c'est ça? Des rats...ou des petits moutons je sais pas...des petits moutons, ici.

Q2. La forme de la patte et puis on dirait de la laine...et je vois très bien la tête avec l'œil et l'oreille...

- Et la laine?

- C'est gris et c'est comme un nuage là (Carole trace le contour de la tache = forme)

39. Y'a encore des pinces ici (Carole fait un mouvement avec ses doigts)

40. Euh...un sexe de femme, des grandes lèvres, je sais pas comment ça s'appelle...le clitoris ici pis ici il sortirait la jouissance...(pause) le périnée, l'anus, la colonne vertébrale, ben le coccyx...(pause) c'est tout.

Q1. C'est pas bien défini ça évidemment...ça c'est l'intérieur des cuisses, ça ça serait les os...je sais plus comment ça s'appelle, le bassin là...euh non, c'est les fesses parce que là je voyais l'anus...mais ça me fait aussi penser au bassin, ça a l'air d'être ouvert. Ici ça serait les orifices d'où sort le liquide de jouissance là, je me souviens plus comment ça s'appelle...ça c'est l'orifice de l'urètre, le clitoris la petite boule, pis ici on aurait les parois, les lèvres, et puis là on voit pas là, mais ça serait le vagin (S). C'est bizarre parce que ça devrait être là par rapport à l'anus mais c'est comme ça...pis ça c'est le coccyx pis la colonne vertébrale en haut...les couleurs aussi me font penser à tout ça...

- Qu'est-ce que vous voulez dire?

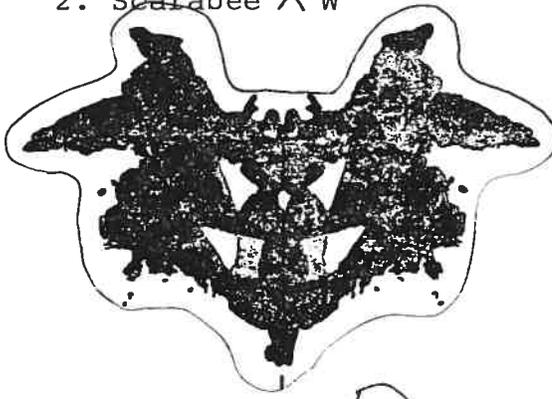
- Ben le rose ça me rappelle la peau, y'en a beaucoup à dire, je pense que vous aurez pas de place pour tout écrire...

- Allez-y...

- Le rouge pour la jouissance je trouve que ça va bien, le vert autour du vagin pour la fertilité, le rouge de l'anus pour du sang hémorroïdal, ça c'est un gris osseux (coccyx)...vert c'est aussi la couleur de l'espoir, je sais pas pourquoi...

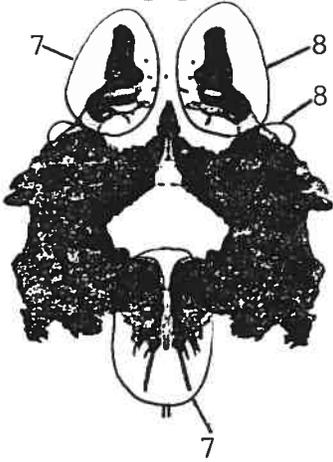
Note : durant la passation, le ton de Carole est sans émotion ou presque, très détaché. Pourtant, les contenus sont provocateurs. La performance est aussi livrée très rapidement, assez sèchement, comme s'il n'y avait « rien là »...

1. Papillon ^ WS
2. Scarabée ^ W

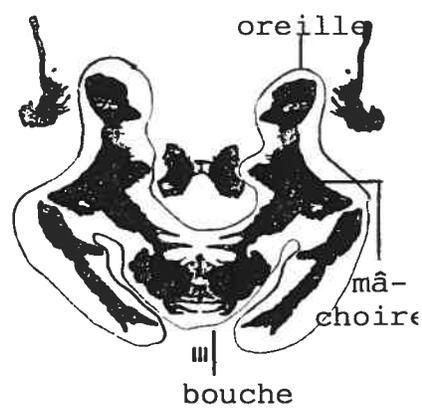


7. Diable ^ Dd99

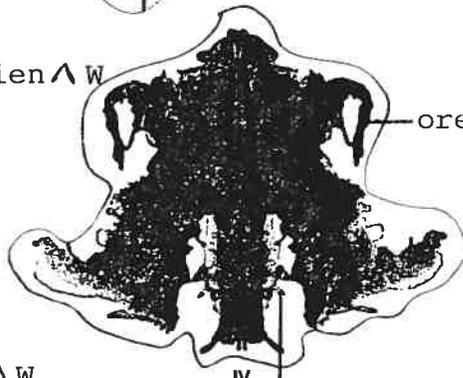
8. Sang/plaie ^ Dd99



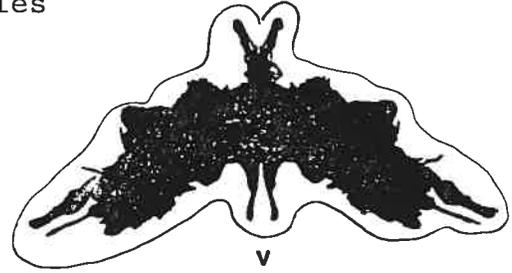
11. Chat ^ D1



15. Chien ^ W

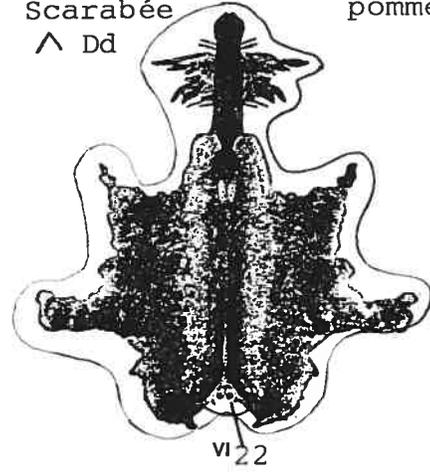


19. Insecte volant ^ W



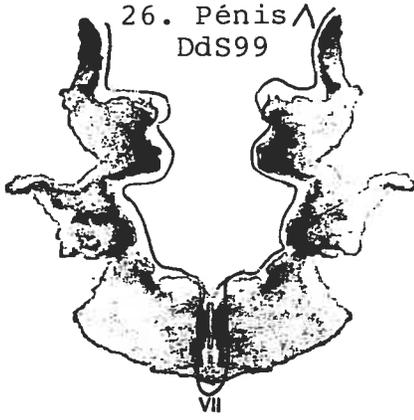
21. Chat ^ W

22. Scarabée ^ Dd

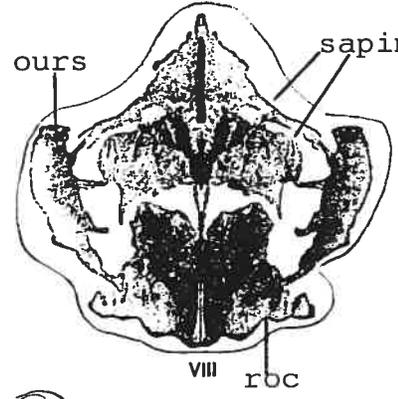


IV
pomme d'Adam

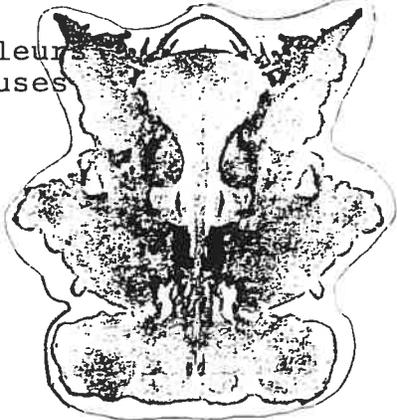
26. Pénis ^ DdS99



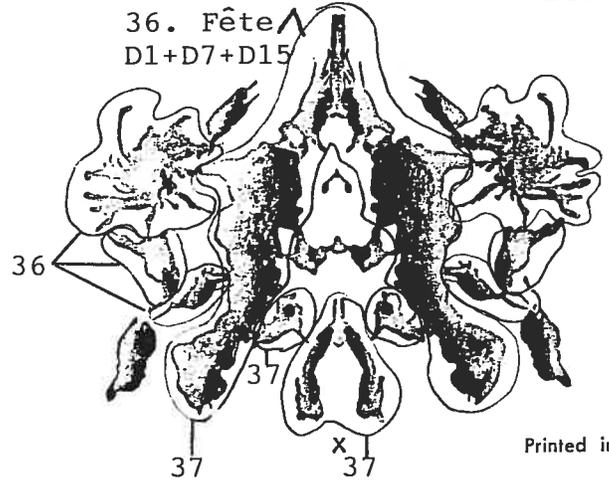
29. Armoiries ^ W



32. Couleur
chaleureuses
^ W



36. Fête ^ D1+D7+D15



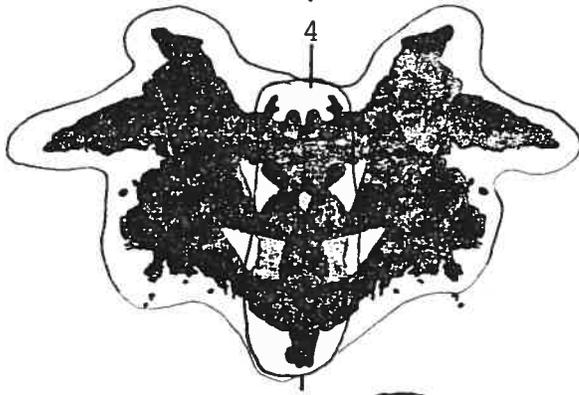
Rorschach: Psychodiagnostics IX

Printed in U. S. A.

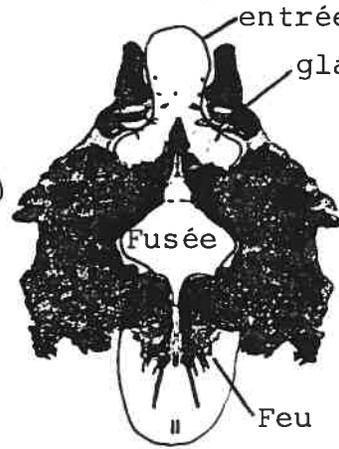
37. Ostrogoth ^ Dd99

Localisation des réponses sujet no. 2 : Carole

- 3. Chauve- souris ^W
- 4. Ballerine ^D4



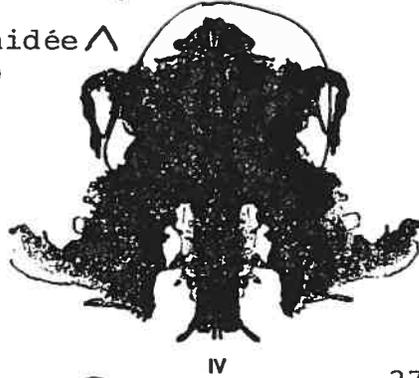
- 9. Fusée/éjaculation ^D3+S



- 12. Serveur ^DdS



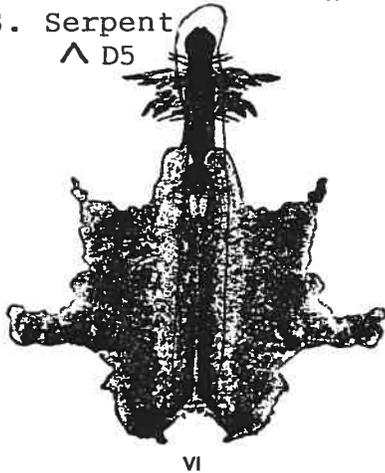
- 16. Orchidée ^Dd99



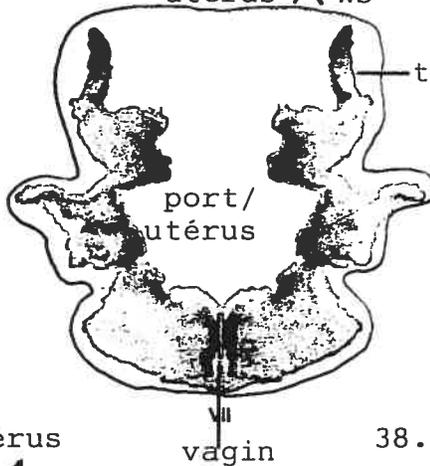
- 20. Pinces ^Dd99



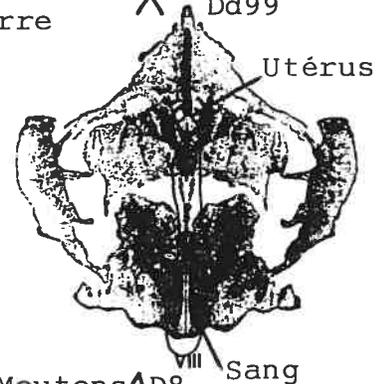
- 23. Serpent ^D5



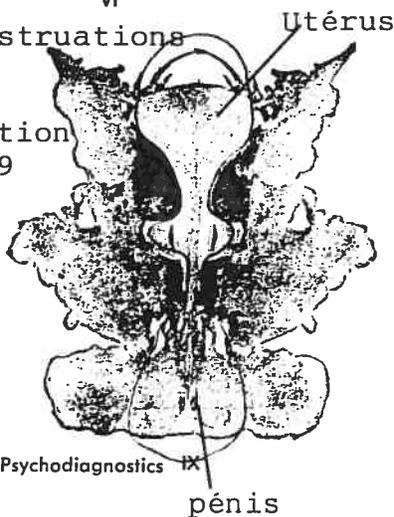
- 27. Carte géographique/utérus ^WS



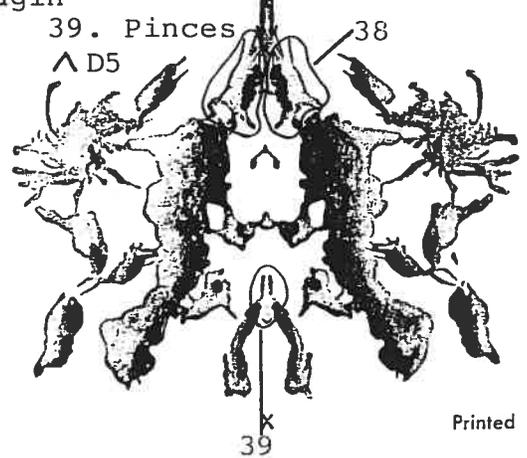
- 30. Utérus et sang ^Dd99



- 33. Menstruations et pénétration ^Dd99



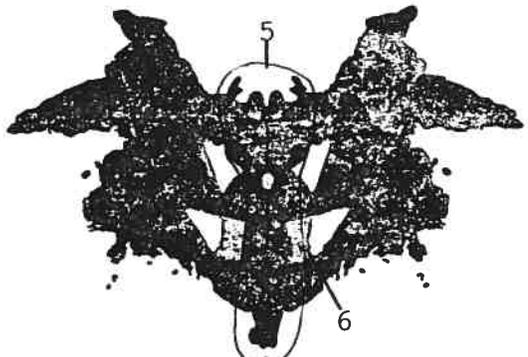
- 38. Moutons ^D8



Rorschach: Psychodiagnostics IX

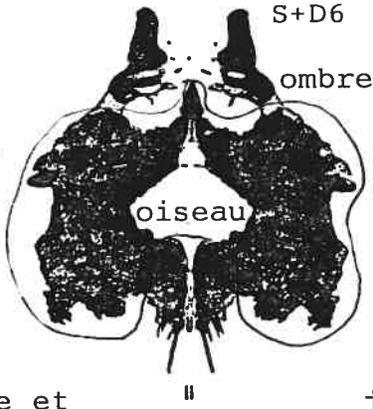
Printed in U. S. A.

5. Pincés ^ Dd99

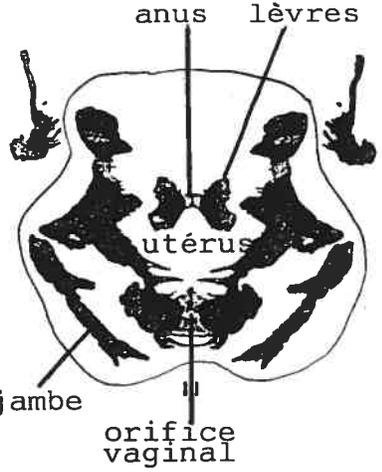


6. Clitoris ^ Dd99

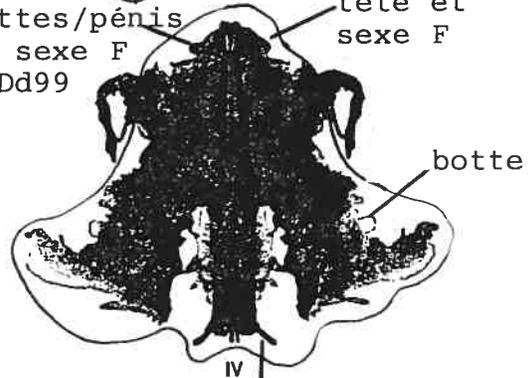
10. Oiseau et son ombre ^ S+D6



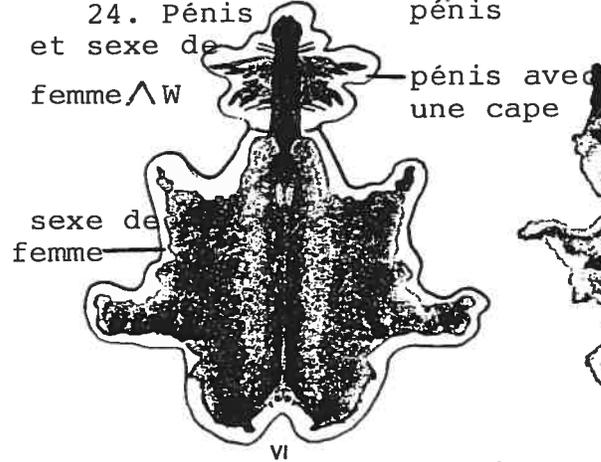
13. Sexe ^ DdS



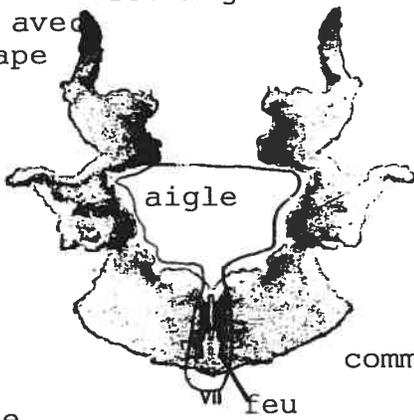
17. Bottes/pénis et sexe F ^ Dd99



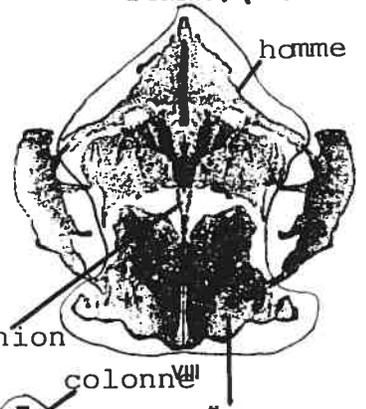
24. Pénis et sexe de femme ^ W



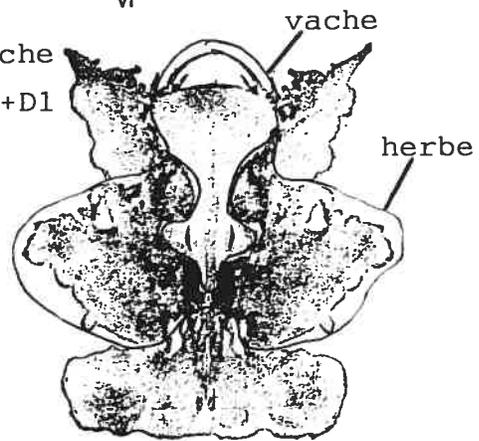
28. Aigle ^ DdS



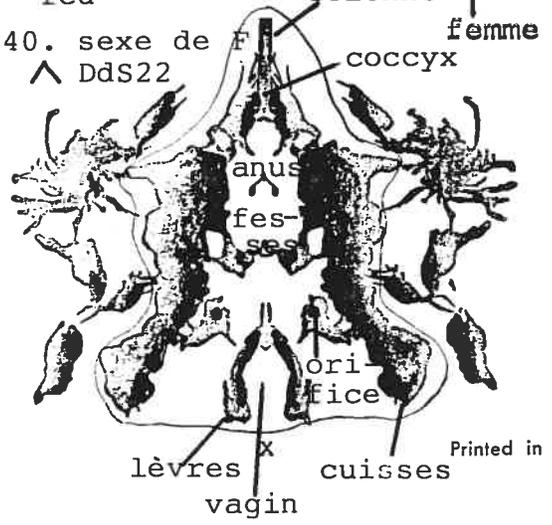
31. Homme et femme ^ D6



34. Vache ^ DS8+D1



40. sexe de F ^ DdS22

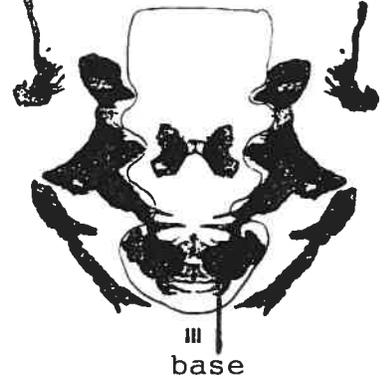


Rorschach: Psychodiagnostics IX

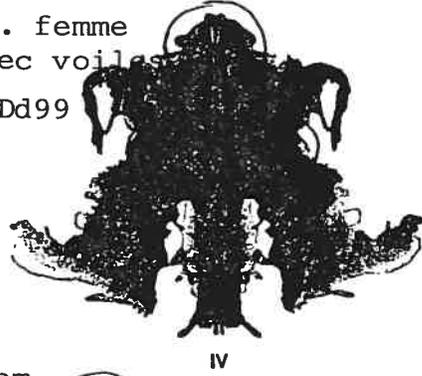
Printed in U. S. A.

Localisation des réponses sujet no. 2 : Carole (suite II)

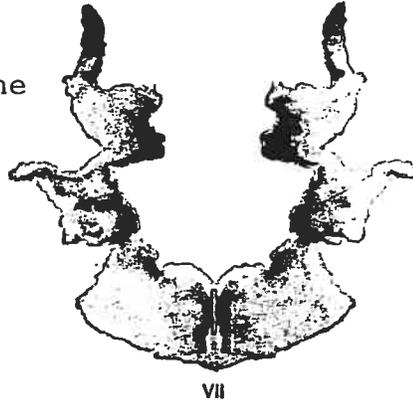
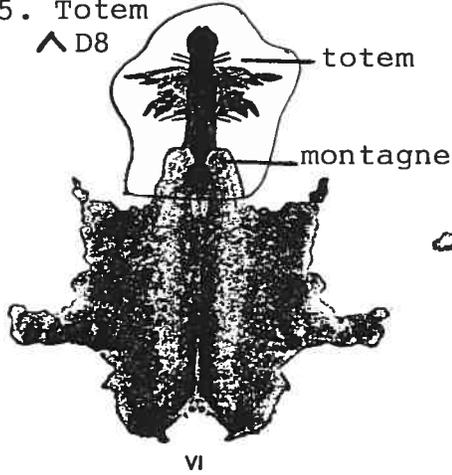
14. Sculpture
^ DS



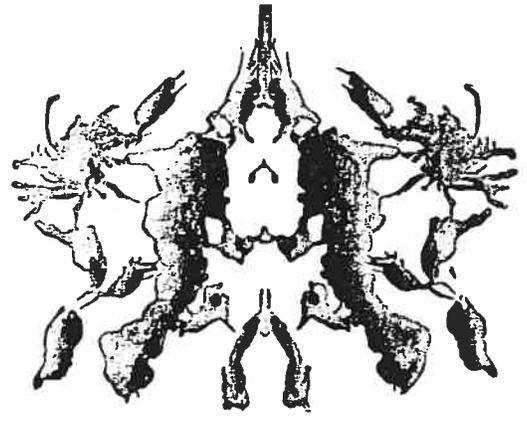
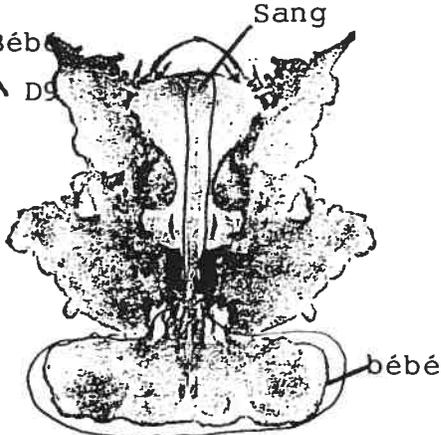
18. femme
avec voiles
^ Dd99



25. Totem
^ D8



35. Bébé
^ D9



Profil de Carole à la MTCM

SUJET NO.2 : CAROLE (MTCM et ÉTATS MENTAUX)

Extrait no.	Niveau de Fonctionnement	Cote maturité des relations d'objet	Cote état mental
Première entrevue cotée			
1	Trois	UNS	OBR
2	Trois	RTHRAPI	READB
3	Trois	THRAACI (E)	READB
4	Trois	RTHRAPI	READB
5	Trois	RTHRLPI	READB
6	Trois	RCTHRORALSAD	REACP
7	Trois	THRLPI	READB
8	Trois	RCTHRORALSAD	REACP
9	Trois	RCTHRORALSAD	REACP
10	Trois	THRAPI	READB
11	Trois	RCTHRORALPENV	READB
12	Trois	RTCHRORALDENV	READH
13	Trois	RTHRAPI	REACP
14	Trois	RFORALDEV (r)	READH
15	Trois	RCTHRORALDEP	REF
16	Trois	THRAACI (E)	REACP
17	Trois	QFNARGRAN	READB
18	Trois	RFORALODEV (r)	REACP
19	Trois	RTHRLPI	READH
20	Trois	RCTHRORALDEP	READH
21	Trois	RCTHRORALPENV	READB
22	Trois	THRAPI	REACP
23	Trois	RCTHRORALDENV	READH
24	Trois	THRLPI	READH
25	Trois	THRAPI	READB
26	Trois	RCTHRORALPENV	REACP
27	Trois	THRLPI	READH
28	Trois	THRLPI	READH
29	Trois	THRSOMI (E)	READH
30	Trois	UNS	OBR
31	Trois	RCTHRORALDEP	REF
32	Trois	RTHRAPI	READH
33	Trois	UNS	OBR

SUJET NO.2 : CAROLE (MTCM et ÉTATS MENTAUX)

Extrait no.	Niveau de Fonctionnement	Cote maturité des relations d'objet	Cote état mental
Deuxième entrevue cotée			
1	Trois	UNS	OBR
2	Trois	UNS	OBR
3	Trois	THRLPI	REF
4	Trois	RTHRAPI	REF
5	Trois	RTHRAPI	READB
6	Trois	RCTHRORALENV	READB
7	Trois	RCTHRORALENV	READB
8	Trois	RTHRAPI	READB
9	Trois	RTHRAPI	READB
10	Trois	RTHRAPI	OBR
11	Trois	RTHRAPI	READB
12	Trois	RCTHRORALSAD	REACP
13	Trois	THRLPI	OBR
14	Trois	RCTHRORALSAD	REACP
15	Trois	THRLACI (E)	REACP
16	Trois	RTHRAPI	READB
17	Trois	RTHRAPI	READB
18	Trois	RTHRAPI	READB
19	Trois	RTHRAPI	READB
20	Trois	THRAPI	READB
21	Trois	RFORALCAN	READB
22	Trois	THRLPI	READB
23	Trois	THRLPI	OBR
24	Trois	RFORALSDEV	REACP
25	Trois	RFORALSDEV	REACP
26	Trois	RCTHRORALDENV	OBR
27	Trois	UNS	OBR
28	Trois	UNS	OBR
29	Trois	UNS	OBR
30	Trois	UNS	OBR
31	Trois	UNS	UNS
32	Trois	UNS	UNS

ANNEXE G-1

Classification des extraits d'entrevues :
sujet no. 1 (Élise)

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de tous les enfants

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • "Ils s'adaptent bien aux deux cultures différentes de leurs parents." (EASM) • "Ce sont des enfants assez confortables. Ils ont pas des tics, des peurs. Des enfants qui sont assez autonomes pis qui foncent partout." (EASM) • "Ils se tiennent bien! Je n'ai pas des enfants qui crient, hurlent et se chicanent dans les restaurants!" (p.4, 3è entrevue maternité) • "Ils ont tous parlé tôt." (p.18, 2è entrevue sur l'histoire) • "Les filles, elles sont pleines de vie." (p.19, 2è entrevue sur l'histoire passée) • "Ce sont mes éléments. Le soleil, la terre, la lune." (p.22, 2è entrevue sur l'histoire passée) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Des jeunes enfants, ça lave. C'est capricieux, ça reste pas avec les mêmes jeans deux trois jours. Ça laisse les jouets traîner. Cela demande du lavage, cela demande de faire de la bouffe Cela demande une grosse préparation de tout, de tout, de tout. Puis les minutes que je prends pour moi elles sont comptées." (p.14, EASM) 	<ul style="list-style-type: none"> • Élise parle d'un souper de Noël : "Ils attendaient les cadeaux et ils étaient tannants parce qu'ils n'avaient pas bien dormi la veille. Ils ont aussi mangé des sucreries dans la soirée et ils étaient tannants dans la soirée comme c'est souvent le cas." (ici, le ton n'est pas critique) (p.12, 3è entrevue sur la maternité)

Total représentations de tous les enfants :

Positif = 6/8

Négatif = 1/8

Nuancé = 1/8

75%

12.5%

12.5%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no 1: Élise

Représentations de la première enfant

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • "Elle est gentille." (p. 11, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • "C'est mon clair de lune." (p.21, 2^e entrevue sur l'histoire). • "Aujourd'hui, je vois que c'est une enfant très sensible et douce. C'est loin d'être le bébé que c'était car c'est une petite fille très gentille et serviable qui veut que je l'aime." (p.12, 2^e entrevue sur l'histoire). • "C'est une petite fille qui aime beaucoup rire, jouer, faire des mauvais coups." (p.14, 2^e entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Elle est le type fille unique, "tout me revient à moi". Elle a accessoirement un frère et une sœur. Leur arrivée l'a dérangée car elle a été déclassée." (p. 10, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • "Elle est manipulatrice, paresseuse, elle va chercher des autres mais ne donne pas d'elle-même. Elle est plus désagréable que d'autres enfants. Elle ressemble beaucoup à ma mère, mais pas à moi." (p.11, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • "C'était un bébé malade..." (Élise parle de neuf otites en un an et d'une intolérance aux protéines bovines)...malade mais qu'on savait pas quoi faire. C'était une enfant qui pleurait beaucoup et j'étais au bout du désespoir." (p.13, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • "Elle a fait des crises de jalousie quand sa soeur est née et elle a fait sa crise du "non" de dix-huit mois à quatre ans." (ici, le ton est très irrité) (p.13, 1^{ère} entrevue sur l'histoire). 	

Analyse qualitative de contenu (citation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la première enfant (suite)

Positives	Négatives	Nuancées
	<ul style="list-style-type: none"> • "C'est une enfant victime avec les autres. Elle se fait tomber dessus" (en référence au fait qu'Élise trouve que sa fille ne s'affirme pas suffisamment, ce qu'elle méprise) (p.3, EASM) • "Elle pensait juste à jeter sa sœur à la poubelle quand elle est née. Les vidanges passaient et c'était : quand est-ce qu'on la jette? Elle n'en voulait pas." (p.14, 2è entrevue sur l'histoire). 	

Total représentations de la première enfant : Positif = 4/10 40%
 Négatif = 6/10 60%
 Nuancé = 0/10 0%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la deuxième enfant

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • "Elle est honnête, franche, plus que sa sœur." (p.10, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • "C'est la curieuse, la scientifique." (p.11, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • "Elle est très prompte, pas diplomate, très vraie." Élise valorise ces qualités qui reflètent la représentation qu'elle a d'elle-même. (p.11, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • "C'est une petite mère avec son frère. Elle le protège et l'embarque dans ses jeux, elle l'aime beaucoup (p.12, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • "C'est mon soleil. Elle n'est pas du tout comme sa sœur." (p.13, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • "Elle a toujours été un bébé facile." (p.13, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • "Elle a du caractère, une tête de cochon." (ici, le ton est fier) (EASM) • "C'est mon rayon de soleil." (p.12, 2^e entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Elle n'est pas très jolie. Elle n'a rien qui attire le regard, c'est un tom boy." (p.11, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • "Aujourd'hui, elle n'est pas une enfant facile." (p.12, 2^e entrevue sur l'histoire) • "Entre cinq et huit mois, elle ne dormait plus la nuit, elle avait attrapé un rhume, faisait des dents et je ne dormais plus la nuit. Elle réclamait à boire autant que lorsqu'elle était petit bébé. Pourtant, elle avait commencé à dormir la nuit et ne tétait plus. Là, elle a recommencé à téter deux fois par nuit et je ne pouvais plus dormir." (ici, le ton est irrité) (p.16, 2^e entrevue sur l'histoire) • "Vers dix-huit, vingt mois, elle n'était pas facile parce qu'elle faisait beaucoup de colère et de crises" (le ton est encore très irrité) (p.13, 2^e entrevue sur l'histoire) • "Elle exprime moins ce qu'elle ressent que son frère. Elle va au plus facile car elle va à la colère." (Élise désapprouve ici sa fille) (p.7, 3^e entrevue sur la maternité) 	

Représentations de la deuxième enfant (suite)
Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • « C'est une petite fille pleine de vie. » (p. 14, 2è entrevue sur l'histoire) • « Elle, donne-lui pas un coup parce qu'elle va t'en redonner un aussi vite. Et puis elle impose. Elle impose le respect aux autres. » (p. 17, 2è entrevue sur l'histoire) • « Elle, c'est mon petit rayon de soleil. » (p. 21, 3è entrevue sur l'histoire) • « Ça a été une grossesse merveilleuse, y'a rien qui était plus beau que ça. Tout était facile... avant l'accouchement. J'étais sereine, très heureuse. Ça a été mon soleil. J'étais extrêmement heureuse quand je suis tombée enceinte alors que ma première avait dix-huit mois et que tout allait mal avec elle. J'avais aussi un réseau d'amis et un très bon médecin, ce qui a fait une grosse différence » (p. 13, 3^{ère} entrevue sur l'histoire) • « J'avais frappé le bon bébé qui sourit et est de bonne humeur. Le bébé que tout le monde peut prendre, très souriante et très très sociable. J'étais très heureuse d'avoir une enfant qui ne pleure pas quand quelqu'un le prend. » (p. 16, 3è entrevue sur l'histoire) 		

Total représentations de la deuxième enfant : Positif = 13/18
 Négatif = 5/18

72.2%
 27.8%

Nuancé = 0/18

0%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations du troisième enfant

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • « Il est très mignon. » (p.10, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • « C'est le plus heureux des trois, le plus épanoui, il aime beaucoup ses deux sœurs. » (p.12, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • « C'est un enfant facile, il est facile à coucher par exemple. » (p.12, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • « Il n'a pas peur des autres. C'est un homme violent. Il impose, rien qu'à regarder les autres enfants. C'est pas un enfant victime. » (EASM) • « Il se développe de façon très intéressante, il est par exemple très minutieux et ordonné. » (EASM) • « Je n'ai pas du tout de misère avec lui parce qu'il est cool et relax. » (p.6, 3^e entrevue sur la maternité actuelle) • « Il est tout petit et il peut exprimer plusieurs sentiments. » (p.7, 3^e entrevue sur la maternité actuelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • « Il a fait une grosse colère pendant une heure. Pour ne pas faire dodo, pour regarder la télé, pour un oui et un non! Je me suis dit que l'âge terrible du deux ans est arrivé. Je ne l'ai pas eu avant, mais je le paie aujourd'hui! » (ici, le ton est très irrité) (p.3, 2^e entrevue sur la maternité actuelle) 	

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations du troisième enfant (suite)

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • « J'ai eu beaucoup d'émotions quand j'ai su que c'était un garçon. Enfin sur trois, j'ai enfin mon garçon! » (p.14, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • « C'est un enfant très attachant, qui même s'il a été malade petit, ne se lamentait pas, continuait à fonctionner. Il a beaucoup de choses à faire, il est très courageux. Il ne pleure pas beaucoup, ne s'agrippe pas, ne chiâle pas, ne chicane pas, il n'est pas concentré sur lui. » (p.15, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • Élise raconte comment son fils a réussi à se faire aimer de sa grand-mère à elle : « Il est venu vers elle, il faisait des mimiques. Il jacassait, il faisait des choses drôles. Ça fait qu'elle est partie à rire. Ils se sont entendus beaucoup. » (p.15, 2^e entrevue sur l'histoire) • « Mon fils, il impose le respect sans rien. Il a juste à regarder les autres enfants. Il impose tellement par sa prestance. Il regarde les autres enfants, ça les calme, ça les gèle sur place. Puis c'est comme : hey, ça suffit. » (p.17, 2^e entrevue sur l'histoire) 		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations du troisième enfant (suite 2)	Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • Élise parle du décès de son grand-père qui l'a fait pleurer : « Il me prend les mains puis dit : « non, non, pas ça maman. » Puis pas de « je t'aime », rien. Il a juste pris les mains, « non, pas ça. » Il prend un peu puis il s'en va. Donc ça, oui, c'est de la tendresse de mon enfant. Pis c'est une tendresse gratuite. » (p.19, 2è entrevue sur l'histoire) • « C'est mon petit morceau de terre » (p.21, 2è entrevue sur l'histoire) • « Avec lui, c'est beaucoup plus facile car dans l'après-midi, j'ai des choses à faire et il va jouer tout seul. Il fait ses affaires, il me lâche. Il n'est pas collé après moi à dire : maman, qu'est-ce qu'on fait? » (p.6, 3è entrevue sur la maternité actuelle) • « C'est le plus subtil. Il a plus d'humour que les filles. Il nous fait rire ou au moins nous fait sourire. Les gens autour de lui disent qu'il est drôle, fin, cute. » (p.7, 3è entrevue sur la maternité actuelle) 			

Total représentations du troisième enfant : Positif = 15/16 93.8%
 Négatif = 1/16 6.2%
 Nuancé = 0/16 0%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de soi en tant que mère face à tous les enfants

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • « <i>Au plan alimentaire, je ne mets pas de restrictions comme ma mère le faisait.</i> » (p.6, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • « <i>Je suis protectrice, bien plus que ma mère l'était, beaucoup plus à l'écoute de mes enfants.</i> » (p.7, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • « <i>Je transmets de belles valeurs, comme être gentil, profond, vrai.</i> » (p.10, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • « <i>J'inculque des règles de société à mes enfants, comme la politesse. Et ils ont des interdits très clairs.</i> » (p.15, 2^e entrevue sur la maternité actuelle) • « <i>On fait beaucoup la technique du miroir, réfléchir ce qu'ils disent. Je le fais systématiquement si j'ai du temps.</i> » (p.8, 3^e entrevue sur la maternité actuelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Élise parle d'une période de dépression traversée dans la première année de vie de sa deuxième enfant : « Je me disais : je suis nulle, je suis nulle, je suis mauvaise. Je ne suis pas bonne en cuisine, pas bonne pour élever mes enfants, je ne suis pas bonne. Et c'était comme ça du matin au soir. »</i> (p.18, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) 	

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no 1 : Élise
Représentations de soi en tant que mère face à tous les enfants (suite)

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • « Je suis mieux que d'autres mamans toujours fatiguées, qui n'ont jamais le temps, qui mettent leur enfant devant la télévision parce qu'elles ont d'autres choses à faire et qui n'ont pas fait de frère et sœur. » (p. 16, 3è entrevue sur la maternité actuelle) • « Je cherche des mots dans le dictionnaire avec les enfants, je réponde à leurs questions, je fais référence aux livres. » (p. 12, 2è entrevue sur l'histoire) • « Je suis une maman qui tient ses promesses parce que je veux que mes enfants aient confiance en moi. Moi, je ne pouvais pas avoir confiance en mes parents. Donc la parole donnée a une valeur. Donc c'est toute l'incidence de : je te donne une valeur pis je veux que tu la reproduises. » (p. 17, 2è entrevue sur l'histoire) • « J'essaie de donner de la force de caractère à mes enfants. « Ben les filles, faut vous battre, faut vous imposer. Mais trouvez des armes qui sont socialement acceptées. » Je valorise beaucoup ces positions là, des enfants qui s'imposent, qui parlent. » (p. 17, 2è entrevue sur l'histoire) 		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de soi en tant que mère face à tous les enfants (suite 2)

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> « J'ai jamais parlé bébé avec les enfants. J'ai parlé très tôt avec les enfants. C'est de prendre les vrais mots pis de s'arrêter dehors puis de dire : regarde les feuilles jaunes. Le fait que j'ai pas travaillé ça a été le point positif de tout ça. C'est que j'ai toujours pris du temps pour dire : regarde la nature regarde cela se développe. (p.18, 2^e entrevue sur l'histoire) « Je suis une mère qui veut leur inculquer le principe très fort du respect de la nature. » (p.18, 2^e entrevue sur l'histoire) 		

**Total représentations de soi en tant que mère :
(tous les enfants)**

Positif = 11/12
Négatif = 1/12
Nuancé : = 0/12

91.7%
8.3%
0%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de soi en tant que mère face à la première enfant

Positives	Négatives	Nuancées
	<ul style="list-style-type: none"> • « Je l'ai élevée comme dans un livre. J'étais exigeante avec elle. » (p. 12, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • Élise parle de la période postnatale : « J'étais sûre d'être la pire mère. J'étais pas une bonne maman, j'étais vouée à l'échec. J'ai dû travailler ça longtemps après, essayer d'être une bonne mère. » (p. 12, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • Élise parle d'une dépression dont elle aurait souffert quand sa fille avait deux ans : « C'était l'échec total. J'ai une fille que je ne suis pas capable d'aimer, pas capable de comprendre. » (p. 13, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • En référence à la période postnatale : « Tout était négatif et j'étais la mauvaise mère en partant. » (p. 7, 2^e entrevue sur l'histoire) 	

Total représentations de soi en tant que mère :
(première enfant)

Positif = 0/4

Négatif = 4/4

Nuancé = 0/4

100%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de soi en tant que mère face à la deuxième enfant

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • « Je travaille fort pour qu'elle puisse prendre sa place entre sa sœur et son frère. » (p. 12, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • « Je l'ai allaitée. Ça c'est un signe que j'étais disponible pour elle. » (p. 15, 2^e entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Élise parle d'une gastro que le bébé aurait eu à six semaines de vie : « Je me disais : ça doit être mon lait qui n'est pas bon. Peut-être que je ne suis pas correcte avec ça. » (p. 15, 3^e entrevue sur l'histoire) • Élise raconte qu'à l'accouchement, douze heures après le début du travail, elle aurait fait une infection. Le médecin aurait dit : « on fait une césarienne d'urgence, il faut sortir le bébé de là. » Élise s'est dit : « une césarienne, je vais encore manquer mon coup. » Elle avait eu une césarienne au premier accouchement. (p. 12, 3^e entrevue sur l'histoire) • « Je voulais l'allaiter. Les infirmières ne préféraient pas à cause de la césarienne. J'ai eu peur que ça ait des conséquences négatives sur ma relation avec elle, comme ça en avait eu avec ma première. Il y avait beaucoup le sentiment d'avoir encore échoué dans mes affaires. » (p. 14, 3^e entrevue sur l'histoire) 	

Total représentations de soi en tant que mère :
(deuxième enfant)

Positif = 2/5

Négatif = 3/5

Nuancé . = 0/5

40%

60%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de soi en tant que mère face au troisième enfant

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • « J'ai beaucoup moins d'exigences avec lui qu'avec ma première. » (p. 12, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • « Je suis beaucoup moins stricte, plus souple avec lui qu'avec les autres. » (p. 8, 3^e entrevue sur la maternité) 		

**Total représentations de soi en tant que mère :
(troisième enfant)**

Positif = 2/2

Négatif = 0/2

Nuancé = 0/2

100%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants	Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes	Mixte	Distance appropriée
<p>• « Mes enfants n'ont pas beaucoup de peurs, alors c'est moi qui a peur. Je dis : non, attention! Non, attention! » (EASM)</p> <p>• Élise parle de la relation qu'elle aimerait avoir avec ses enfants dans le futur : « On veut être là comme des piliers, des références, dans cinq, dix ans. De revenir à maman et papa pour avoir toujours cette ouate autour de l'enfant, que l'on soit toujours là. Etre là pour les écouter. Je ne veux pas m'ingérer dans leur vie. Je veux qu'ils prennent de plus en plus de liberté en ayant des limites. Comme « si j'ai besoin de ton avis sur maman, j'ai besoin de ton avis car je veux prendre des contraceptifs oraux et je ne sais pas quels choisir. » Je veux être assez libre pour dire : « ça m'achale que tu prennes ça, parce que ça veut dire que tu vas commencer à avoir des relations sexuelles, même si ce n'est pas trop tôt. » (p.14, 3è entrevue sur la maternité)</p>	<p>• « Je ne veux pas entendre « maman! » car il me semble que cela m'agresse en me levant le matin! Ça fait qu'ils en demandent, demandent et demandent encore! » (p.4, 3è entrevue sur la maternité)</p> <p>• « J'en ai tellement eu accrochés aux jambes. J'ai toujours eu des enfants accrochés physiquement à moi. Maman! Maman! Tirez les vêtements...c'est quelque chose que j'ai en horreur. Ou bien : viens maman, maman, maman! Tire le manteau, tirer partout, ah! Ils sont assis : maman! On dirait que les enfants ne me regardent pas. Maman! Pis VLAN! Ou bien je me fais rentrer dans le ventre, comme ils sont petits. Maman! BANG! Pis là dans le ventre, ils sont pas grands. Cela fait qu'ils me rentrent dedans. Maman, je t'aime, VLAN! Ah! » (ici, le ton est très irrité). (p.19, 2è entrevue sur l'histoire)</p>	<p>• « Je suis très proche de mes enfants, j'y tiens beaucoup, vraiment, même si ce n'est pas au plan affectif. » Élise fait référence au fait qu'elle ne travaille pas hors de son quartier et tient à voir ses enfants à tous les repas. (p.7, 1ère entrevue sur l'histoire)</p>	<p>• Élise fait référence à sa propre enfance : dès l'âge de 4 ans, elle et son frère prenaient l'avion seuls pour aller rejoindre leurs grands-parents en l'Europe chaque été. « Nous, on les enverra pas pour les mois d'été. On s'en occupe. On va sortir ensemble. L'idée qu'on n'ait pas nos enfants pour l'été, ça nous choque. Mon mari et moi c'est comme : ben non, c'est nos enfants. » (p.15, 2è entrevue sur l'histoire)</p> <p>• « Ils sont capables de s'opposer, de s'affirmer face à moi. Ils sont déjà assez libres pour dire : « je n'aime pas ça quand tu fais ça! » Je n'aurais jamais osé dire cela à mes parents! » Ici, Élise se présente comme tolérant cette opposition. (p.14, 3è entrevue sur la maternité)</p>	

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite)		Mixte	Distance appropriée
Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes		
<ul style="list-style-type: none"> « Je suis très présente physiquement pour mes enfants. Je les vois pour déjeuner, pour dîner, pour souper. Ça ne peut être autrement. Je suis en contact. » (EASM) « Je suis meilleure que mon mari pour m'occuper de mes enfants. C'est le patriarcat dans le sens que toutes les décisions qui sont prises dans la maison sont mes décisions. Pour mon mari c'est : « tu es la mère, tu t'occupes de la maisonnée. » Et tout regarde la mère. » (EASM) Avant d'accoucher de son fils, Élise se disait : « En attendant que je n'accouche pas la journée que les filles commencent l'école (une en maternelle, une en pré-maternelle), ça se pourrait... » (p.13, 2^e entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> « J'ai beaucoup de misère à avoir de l'affection pour mes enfants, sauf pour mon fils. » (p.7, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) « Plus les années ont passé, moins j'ai voulu structurer. Après un moment, j'ai dit : « je ne structure plus rien, il faut qu'ils jouent par eux-mêmes, c'est assez. » Je veux bien partir les enfants sur une bonne route mais là ils rentrent à l'école et je commence à voir qu'avec ma plus vieille, il y a déjà un détachement. Il y a les scouts, l'école, l'organisation de sa vie. La deuxième s'enlève la dessus et franchement, ça fait bien mon affaire. » (p.13, 3^e entrevue sur la maternité). 		<ul style="list-style-type: none"> Élise parle du fait qu'elle a pleuré ce matin car son grand-père est décédé. « C'est tellement rare que je pleure devant mes enfants. Maman a tellement pleuré devant moi que je veux pas. Je veux pas que quand ils voient maman pleurer : « hey maman pleure encore. » Non, pas de ça. » (p.19, 2^e entrevue sur l'histoire) « Après l'accouchement de mon garçon, j'avais hâte de revenir à la maison et d'être près de mes filles, dans ma famille, dans mon monde à moi. » (p.11, 2^e entrevue sur l'histoire)

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise
Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite 2)

Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée
<p>• « Mon fils, je le vois en politique car il en impose tellement par sa prestance. Petit à petit, je dirige mes filles vers la recherche (ce qu'elle et son mari aurait aimé faire). On les dirige, on leur parle et on dit : « c'est ben le fun la musique et danser mais percer dans ça c'est difficile. On connaît des gens et on va t'en présenter. Fais un autre métier et parallèlement tu peux faire de la danse ou de la musique. Il y a des choses que l'on doit faire et des choses que l'on aime faire. Ensemble on va essayer de trouver quelque chose. » (p. 15, 3è entrevue sur la maternité actuelle)</p> <p>• « Il faut rien qui leur arrive. S'il arrive quelque chose, je peux être très très agressive. Je peux être très mauvaise physiquement, verbalement, je sais pas...C'est : non, mes enfants ont pas à souffrir de quoi que ce soit. Donc s'ils sont bien, ça va, je suis contente. » (p. 18, 2è entrevue sur l'histoire)</p>	<p>• « À huit heures le soir, je n'existe plus. Et même je peux décider que je sors. Donc, je ne suis plus mère. Si j'ai pas ce temps d'arrêt là, si je suis obligée, je suis confrontée, je vais devenir très agressive. Je dis : « ben vous m'en demandez tout le temps! Je vais tous vous faire garder! Je vais prendre quelqu'un, me débarrasser de vous autres! » Ça fait que je peux aller d'un extrême à l'autre parce qu'à force de donner beaucoup on est aussi exigeant dans le sens que ça doit aller dans le bon sens. S'ils me mettent les bâtons dans les roues, « ah, on veut ça puis ça... » Pis si le moins ils récriminent, « ah, on veut pas ça, on mange pas ça... » Ah, ben là, Vas-t-en dans ta chambre! Commence pas à m'écoeurer à 7h30 le soir parce que cela va bien mal aller! Les nerfs prennent le dessus pis je commence à me choquer pis à crier fort. » (EASM)</p>	<p>• « Pour nous, le ménage, ce n'est pas important. L'important, c'est de passer un souper avec les enfants, de passer une soirée à jouer au bingo, à jouer à colin-maillard. Pour nous, l'important c'est qu'ils aient à manger, qu'ils soient vêtus correctement pour aller dans la saison, à l'école. Cela implique tu prends une camisole, des petites culottes, des chaussettes. Tout est calculé, comme balancer les légumes pour la constipation, tout est organisé. » (p. 13, 2è entrevue sur l'histoire)</p> <p>• « Quand je prends des cours la fin de semaine, les enfants, je sais que je leur manque beaucoup. Pas parce que « maman est pas là pour s'occuper de moi », mais rien n'est ordonné, ils n'ont pas de collation le matin, ils mangent oui pis non. » (p. 14, 2è entrevue sur l'histoire)</p>	<p>• « J'aimerais tellement reproduire mon engagement social. Mais d'un autre côté, c'est moi qui est comme ça, pas eux. Puis mon mari n'est pas comme ça. » (p. 20, 2è entrevue sur l'histoire)</p>

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise
Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite 3)

Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée
<p>• « Il est hors de question que je travaille en dehors du quartier. Les enfants vivent dans le quartier, vont à l'école du quartier, fréquentent l'église du quartier et le centre communautaire. Tout doit se faire dans le quartier. C'est l'appartenance à un milieu de vie pis c'est vraiment très fort. Moi il faut que je sache toujours où ils sont rendus les enfants. Puis ça, c'est angoissant pour un, pour deux, pour trois. » (EASM)</p>	<p>• « J'explique à ma plus vieille pourquoi son père envisage avec difficulté ses prochaines peines d'amour. Petit à petit, nous sommes en train de préparer cette adolescence ou cette préadolescence. On est en train de les préparer à l'indépendance. » (p. 14, 3^e entrevue sur la maternité)</p> <p>• « Avant, moi et mon mari on pensait plus à les rendre heureux, mais après on s'est dit : « on va commencer par être heureux chacun de notre côté et ensemble ». Quand on est bien ensemble, tout le monde est bien, cela rayonne énormément. Alors, c'est de ne pas mettre l'énergie sur nos enfants, surtout pas. » (p. 15, 3^e entrevue sur la maternité)</p>	<p>•Élise parle de la première année de vie de sa seconde fille : « J'en avais par dessus les bras des deux enfants. J'ai fait une terrible dépression. Je n'en pouvais plus, je criais beaucoup et j'avais beaucoup, beaucoup, beaucoup de colère et mon mari ne m'aidait pas. C'est le jour que j'ai frappé dans un mur que là j'ai dit : « non, je serais capable de les frapper ». J'avais tellement besoin d'aide, j'ai appelé le CLSC : « ça ne va pas du tout! Je veux mourir, je veux me suicider, je suis tannée, il n'y a plus rien qui marche. Je n'ai pas dormi et je veux juste dormir. Si je peux dormir pour vrai et ne plus jamais me réveiller ». Il fallait que je passe deux jours chez mon père, sans mes enfants, sans mon mari, loin pour que je dorme et que je ne sois plus responsable. Il fallait qu'une coupure se fasse. Finalement je ne suis restée qu'une nuit chez mon père. Je sentais que tout allait exploser si je n'étais pas là. » (p. 16, 2^e entrevue sur l'histoire)</p>	

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise
Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite 4)

Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée
<ul style="list-style-type: none"> • « Je règle la conversation avec les enfants sur le chemin du retour le soir. Il faut qu'il y ait une période où il faut que j'écoute ce qu'ils ont fait dans la journée. C'est la règle de c'est à qui le tour de parler. C'est un chef d'orchestre là. Donc une conversation avec une, une conversation avec les trois. Ils rentrent. Là, je ne leur parle plus. Plus un mot. Là moi c'est clair, je dois faire le souper. » (EASM) • « A huit heure le soir, pour moi, ils n'existent plus. J'ai établi que huit heure était la limite et après cette heure là, pour moi, ils n'existent même pas dans la nature. Ils peuvent se présenter devant ma tête puis c'est comme : tu es pas là. Puis c'est le père qui dit : « vas te coucher ». C'est fini. Tu es malade, je vais m'en occuper mais huit heure, c'est ma limite. J'ai réglé. Ma journée commence à six-sept heure fait que... » (EASM) 	<ul style="list-style-type: none"> • « L'image que j'aimerais laisser à mes enfants, c'est la femme engagée avec eux, avec une famille, avec la société... engagée dans l'église, à l'école, dans le milieu communautaire. Puis tout le côté affectif il est pas là... il se voit pas. Peut-être qu'il se perçoit parce qu'ils savent que je les aime beaucoup. Mais ils le perçoivent, c'est-à-dire : on le sait, je t'aime maman ». (p.20, 2è entrevue sur l'histoire) • « Je reste à la maison car je vais pouvoir poser un verdict. Si un enfant ne « file » pas, je vais toucher son front, lui parler. Puis là je vais juger, il rentre ou pas. C'est pour ça qu'il faut que je vive près d'eux. C'est-à-dire juger. Oui tu es capable ou non de finir ta journée. Pour moi, c'est important d'être disponible pour mes enfants en bas âge. Etre disponible pour être là s'ils sont malades. » (EASM) 		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite 5)	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée
<p>Fusionnelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Je n'aime pas qu'ils me prennent physiquement. Ça fait qu'à un moment donné j'ai dit : « mon nom il s'appelle pas maman. C'est une identité que j'ai eue parce que vous êtes nés. Bien moi je suis un individu. Je m'appelle Élise puis lâchez-moi! Oui, mais lâche-moi! T'as pas besoin de me toucher, surtout pas tirer mes vêtements ou faire mal ». Alors c'est des situations que je leur ai montré que je peux pas. Puis j'aime pas être prise. La seule personne qui peut me prendre dans les bras, c'est mon mari. La seule personne qui m'embrasse, c'est mon mari. » (p.19, 2è entrevue sur l'histoire) • « J'en ai eu assez à Noël. Je disais : « cela ne peut pas marcher, on est trop! Je ne suis pas capable d'être tout le temps cinq dans la maison, vous me fatiguez! » A la fin, je disais : ⇒ voir suite autre page 		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite 6)

Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée
	<p>Suite de l'autre page ⇒ « ... je suis plus capable! On se sentait prisonniers mon mari et moi de la maison et du carcan des enfants. On avait tellement de choses nous-mêmes , comme des lectures... De trouver des gardiennes dans le temps des fêtes, ce n'est pas évident. » (p.4, 3è entrevue sur la maternité)</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Je ne joue pas avec mes enfants. Si j'avais le temps, si j'avais une dame qui m'aidait pour faire mon ménage, toutes ces tâches là, peut-être que je le ferais. C'est-à-dire, s'installer là, sortir la plasticine pis tout ça. » (p.13, 2è entrevue sur l'histoire) 		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise
Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite 7)

Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée
	<ul style="list-style-type: none"> • « Je suis plus pédagogue avec mes enfants que je suis une maman affectueuse. La routine du bec le soir, je n'y arrive pas. C'est « bonne nuit, ok, bonne nuit ». Donc les mots ont plus de sens pour moi que d'embrasser. » (p.18, 2^e entrevue sur l'histoire) • « J'aime beaucoup mes enfants mais je voudrais qu'ils comprennent que le mot « bonjour » a une valeur, que le mot « bonsoir » a une valeur. Et tout, tout est la valeur des mots. Donc, j'aimerais que mes enfants comprennent que un « bonjour » c'est que je m'intéresse à toi». (p.20, 2^e entrevue sur l'histoire) 		

Total représentations de la relation avec l'ensemble des enfants : Fusionnelles = 8/33
 Rejetantes-abandonnantes = 14/33
 Mixtes = 6/33
 Distance appropriée = 5/33

24.2%
 42.4%
 18.2%
 15.2%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec la première enfant	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée
<p>Fusionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> Élise parle d'un moment où sa fille fut en retard après l'école : « Un jour, j'ai eu extrêmement peur parce que je me suis dit : elle s'est fait enlever ». Alors j'ai crié, je me suis énervée, j'ai cherché. Je me suis dit qu'elle devait être au centre communautaire (endroit où sa fille doit aller quand maman n'est pas à la maison). Et puis j'étais très très fâchée mais j'étais surtout très très angoissée. Parce que dans notre quartier, on a déjà vu cela, beaucoup de gens qui tournent autour de l'école ou qui tournent autour du parc. Des gens sans enfants, qui regardent beaucoup les enfants. » (EASM) 	<ul style="list-style-type: none"> « J'ai passé deux ans avec elle très difficiles, à faire beaucoup de colères, de crises. J'avais juste hâte de me débarrasser d'elle pour m'occuper de mon bébé (la deuxième fille). » (p.13, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) « C'était pas ma fille, c'était celle de ma belle-mère (mère du mari). J'en avais une fille (la seconde), mais elle n'était pas ma fille. J'ai dit : je vais la donner à sa grand-mère si elle... » (p.13, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) « Vers six-sept mois, j'ai abdiqué en disant à ma belle-mère : « ok, ce n'est pas ma fille mais la vôtre, prenez-là. » Ce n'était pas mon enfant. Après six-sept mois de vie toutes les deux, ça a été d'abandonner. » (p.9, 2^e entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> Élise rapporte comment elle a tenu à allaiter sa fille le plus longtemps possible, même si la relation était très difficile : « Quatre mois d'enfer pour l'allaiter. Tout allait mal avec elle. J'arrivais pas à lui donner de l'affection. C'était impossible. Pis je voyais tellement ma mère dans cette petite bonne femme là que j'avais la même réaction avec ma mère qu'avec ma fille. C'est-à-dire : je vais donner les soins nécessaires, mais je vais pas te donner d'amour. » (p.12, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) « Quand elle était plus petite, je fonctionnais comme : « c'est cela que tu veux, c'est cela que je veux. Je n'ai pas le temps d'écouter ce que tu as à me dire. » Donc, on avait beaucoup de conflits. » (p.8, 3^e entrevue sur la maternité) 	

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec la première enfant (suite)

Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée
<p>• Élise parle de son réveil après son accouchement. Aurait eu une césarienne à cause d'une infection durant le travail, infection qui se serait transmise au bébé : « Quand j'ai voulu la voir, ils ont dit : « elle n'est pas là. » Et ils ne savaient pas où elle était. J'ai dit : « elle est morte! » Et je criais qu'elle était morte et qu'elle était morte. A la place de me rassurer tout de suite en disant : « mais non, ton bébé il est pas mort, il est aux soins intermédiaires », personne ne disait rien. Je criais comme une vraie perdue et c'est mon mari qui a dit : « amenez le bébé! » L'infirmière a dit : « faut le débrancher ». Tu as l'image d'un bébé qui est branché sur le respirateur et tout ça. En fait, c'était juste des perfusions ou quoi que cela, ce n'était rien de dramatique. Mais il n'y a rien eu pour dire « écoutez madame, votre bébé est aux soins intermédiaires... » voir suite page suivante ⇒</p>	<p>• « Quand elle a eu six mois, j'ai appelé une infirmière du CLSC. J'ai dit : « viens parce que moi je m'en vais. Elle a bu, elle est changé, elle dort et moi je m'en vais. J'aimerais aller mourir quelque part et m'écraser sur un arbre. » Elle aime beaucoup sa grand-mère et sa grand-mère l'aime beaucoup. Mon mari aime beaucoup son travail et c'est ce qui fait que je n'avais plus ma place. Je n'étais plus nécessaire alors que je meure c'était pour moi la facilité. » (p.10, 1è entrevue sur l'histoire)</p> <p>• « Elle veut que je l'aime, mais il y a encore entre nous une certaine distance, une certaine froideur. » (p.12, 2è entrevue sur l'histoire)</p>	<p>• Élise parle d'un retour de l'école avec sa fille : « On était main dans la main jusqu'à temps qu'on rentre. On s'est pas parlé beaucoup quand on est revenu mais on se touchait. C'était comme de lui dire : viens...de faire un contact avec elle...Mais c'est pas à tous les jours, c'est à l'occasion. » (p.21, 2è entrevue sur l'histoire)</p>	

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec la première enfant (suite 2)		
Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes
<p>Suite de la page précédente ⇒ « Rien! C'était toujours ou bien des silences ou des regards. J'avais beau ne pas entendre mais je les voyais tous (Élise dit qu'elle souffrait d'une maladie « de grossesse » touchant un osselet de l'oreille et causant une surdité réversible) C'était encore plus paniquant parce qu'il avaient des visages...ils avaient peur... » (p.6, 2� entrevue sur l'histoire)</p> <ul style="list-style-type: none"> Après l'accouchement, à l'hôpital, Élise raconte qu'on refusait qu'elle allaite son bébé parce qu'elle prenait de la morphine suite à sa césarienne : « Ils ne veulent pas me donner mon bébé et je ne peux pas l'allaiter. Je ne peux même pas m'en occuper alors ça ne sert à rien. Je ne suis pas un bonne maman. Un accouchement par césarienne ce n'est pas un vrai accouchement, c'est un échec. » (p.8, 2� entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> « Une mère qui n'aime pas son enfant, je ne pensais pas que ça pouvait exister. J'étais toujours en bataille avec moi-même en me disant : « je dois l'aimer. Ce n'est pas normal que je n'aime pas mon enfant et il y a quelque chose qui ne va pas. Ça ne doit pas être ça, je dois confondre mes sentiments, je l'aime mais je ne m'en rends pas compte. » Aujourd'hui je peux dire que je ne l'aimais pas et que c'était quelque chose qui était très dur. » (p.12, 1�re entrevue sur l'histoire). Élise raconte avoir eu peur que son aînée ne « frappe » sa sœur cadette lorsque cette dernière était un nourrisson, ce qu'elle n'a jamais fait : « Je lui ai dit qu'elle aurait une grosse fessée si elle tapait sa sœur. C'était tellement clair qu'elle disait ; « si je tape le bébé, maman va me taper ». Et moi je disais : « oui et papa aussi va te taper. » (p.14, 2� entrevue sur l'histoire) 	
		Distance appropriée

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec la première enfant (suite 3)

Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée
<ul style="list-style-type: none"> Élise dit qu'elle est meilleure que les autres pour régler les problèmes de sa fille : « Elle demande pas à sa grand-mère parce qu'elle s'est rendu compte qu'elle a des limites. Le père a des limites puis maman semble pas avoir des limites autant qu'eux autres. Si on garde la référence « ma mère a s'occuper de ça, ça va passer ». (p.21, 2è entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> Élise parle des premiers mois après l'accouchement : « Elle hurlait, elle hurlait! J'étais au désespoir et tout allait mal. Je suis une mauvaise maman, c'est un mauvais bébé! Je me suis demandé si elle avait des problèmes physiques ou mentaux. Et moi j'avais de grosses douleurs à cause de calculs à la vésicule biliaire. A un moment donné, je me disais que c'était vraiment cette enfant là qui me donnait autant de douleurs, autant de misère. J'avais établi que c'était elle. Je n'en pouvais plus d'elle. » (p.9, 2è entrevue sur l'histoire) 		

Total représentations de la relation avec la première enfant : Fusionnelles = 4/15

Rejetantes-abandonnantes = 8/15

Mixtes = 3/15

Distance appropriée = 0/15

26.7%

53.3%

20%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec la deuxième enfant

Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée	
<p>• Élise parle d'une gastro-entérite et d'une infection urinaire que sa fille a fait il y a trois ans, alors qu'elle avait deux ans. Ces maladies auraient mis sa vie en danger. Lorsqu'elle en parle, elle est en sanglot, elle pleure, a de la misère à respirer. Notons que l'enfant s'est rétablie rapidement malgré la gravité de son état à un certain moment. Notons aussi qu'Élise parle de cet épisode après avoir raconté comment elle a dû sevrer drastiquement sa fille vers huit-dix mois car elle-même était épuisée.</p> <p>« On a tellement eu peur de la perdre! Elle était à l'hôpital et on croyait qu'elle allait mourir! C'est là qu'on s'est rendu compte de la valeur de nos enfants, la journée qu'on a manqué de la perdre. Je suis même tombée enceinte de mon garçon durant cette période. La semaine après la guérison de ma fille. Comme on était en euphorie, un autre bébé a été fait! Pourtant, je n'étais pas en période dangereuse. ⇒ voir suite autre page...</p>	<p>• « Vers huit-dix mois, il est arrivé quelque chose, je ne sais pas. Y'a des dents qui ont percé, elle m'empêchait de dormir systématiquement. Pis elle voulait boire tout le temps. C'était un bébé glouton qui mangeait, qui mangeait...(le ton est irrité) Pis moi je faisais une grosse dépression, ça allait de pis en pire. Pis elle voulait boire de plus en plus. Ça fait que je dormais pas, ça fait qu'à un moment donné, je criais plus pis j'étais plus en colère. » (p.13, 3^{ème} entrevue sur l'histoire)</p> <p>• « Là, elle est toujours colleuse. Je lui dis : ok, ça suffit, ça suffit! Ça me dérange...(p.18,2^{ème} entrevue sur l'histoire).</p> <p>• Élise parle de sa grossesse : « J'ai beaucoup pleuré quand j'ai su que c'était une fille. Je n'en voulais pas. Avoir une fille, c'était encore avoir à souffrir de ça. » (p.13, 3^{ème} entrevue sur l'histoire)</p>	<p>• Vers six semaines, je voulais vraiment arrêter de l'allaiter. Elle tétait mal, avait la diarrhée et vomissait. Moi aussi j'étais malade. J'appelais dans un service de soutien à l'allaitement. Je pleurais, je disais : « j'ai envie d'arrêter ça, ça ne marche pas, je suis tannée! Ma fille est malade, moi aussi je suis malade. Ça nous rend malades! » Mais je continuais. J'ai tout de même continué à l'allaiter. » (p.15, 3^{ème} entrevue sur l'histoire)</p> <p>• « Vers huit-dix mois, je l'ai sevrée très rapidement. J'étais en dépression, on m'a dit de sevrer le bébé étant donné mon état. Je n'en pouvais plus de l'allaitement, mais c'était contre mes idées les plus profondes. Elle a mal pris l'histoire du biberon. » (p.17, 3^{ème} entrevue sur l'histoire)</p>	<p>• Élise parle de la mort de son grand-père survenue récemment, de sa propre peine et de la peine ressentie aussi par sa fille. « On a parlé, on a fait sortir plein de choses. Ma fille m'a dit qu'elle s'ennuyait de son grand-père et elle nous a fait comprendre (Élise et son mari) qu'elle a peur de nous perdre nous, qu'on aille au ciel. Ça fait qu'on a dû reprendre ça en lui disant : ben non, on va rester avec toi aussi longtemps que tu vas avoir besoin de nous. » (p.19, 2^{ème} entrevue sur l'histoire)</p>	<p>• « Je parle beaucoup plus avec elle à son âge que j'ai parlé avec sa sœur. Avec sa sœur, j'en imposais plus alors qu'avec elle, j'essais de trouver des solutions de rechange. » (p.14, 2^{ème} entrevue sur la maternité actuelle)</p>

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec la deuxième enfant (suite)	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée
<p>⇒ suite page précédente : « Mon médecin m'a dit qu'une deuxième ovulation avait été provoquée à cause du choc psychologique. » (p.14, 2^e entrevue sur l'histoire)</p> <p>• Élise discute de son réveil suite à son accouchement par césarienne : « J'ai demandé à une infirmière : « il est où mon bébé? » On m'a dit : « je sais pas ». « Pourquoi tu le sais pas? Est-ce qu'il est mort mon bébé? » Je m'énervais de plus en plus. La panique a repris. J'ai dit : « mon bébé est mort et on ne veut pas me le dire! » L'infirmière m'a dit que non. Mon mari est arrivé et je lui ai dit : « le bébé est mort! » Il a dit : « mais non, il n'est pas mort, il est en bas le bébé ». Et la panique reprend. A chaque fois, je me retrouve dans une salle vide et on me dit pas où il est rendu. Elle était dans un incubateur à cause d'une infection. Quand on voit un bébé avec des tubes ou des seringues c'est tellement alarmant! ⇒ voir suite autre page</p>	<p>• Élise parle d'un deuxième épisode de gastro de sa fille alors qu'elle accouchait de son garçon. Ici, elle en parle de façon très détachée, ne faisant état d'aucune inquiétude pour la santé de sa fille : « Elle a été très malade. Elle était gardée par sa grand-mère paternelle qui s'inquiétait beaucoup de son état de déshydratation. Elle voulait maman et papa, on était à l'hôpital, elle disait : je suis toute seule, je suis toute seule. Ma belle-mère a appelé mon mari durant la nuit pour qu'il vienne. Je lui ai dit : c'est ça! Tu me laisses là! J'étais complètement découragée! Je me suis dit : je vais accoucher toute seule! Ils ont pensé à hospitaliser notre fille mais moi j'accouchais! De toute façon, elle s'est calmée quand son père est rentré à la maison, il n'y a pas eu d'hôpital. » (p.6-7, 3^e entrevue sur l'histoire)</p>		<p>• « J'ai moins de conflits avec elle parce que je réalise qu'elle a peut-être quelque chose à me dire et que ça veut aussi dire prendre le temps de l'écouter. » (p.8, 3^e entrevue sur la maternité)</p>

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec la deuxième enfant (suite 2)

Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée
<p>Suite de la page précédente ⇒ « On se dit : qu'est-ce qu'il a mon bébé? Il est malade? Il est en train de mourir? Il y a toujours le spectre de la mort et je trouve que depuis dix ans je la vois beaucoup la mort. J'ai très très peur. » (p.13, 3^{ème} entrevue sur l'histoire)</p> <p>• « Dès que je l'ai eue, c'était mon rayon de soleil. Elle tétait facilement, elle était gourmande, elle tétait bien et tout allait. C'est une enfant qui était très gloutonne et qui buvait, buvait, buvait (ici, le ton est heureux). Elle me donnait tellement de satisfaction que j'étais euphorique! J'avais mon bébé, un bébé pour moi, et mon bébé était gentil. » (p.14, 3^è entrevue sur l'histoire)</p> <p>• « J'ai attendu longtemps avant de la sevrer du biberon. Elle aurait dû être sevrée du biberon à un moment donné. » (p.18, 3^è entrevue sur l'histoire).</p>	<p>• « Souvent, elle veut me coller, mais j'aime pas ça, j'aime pas beaucoup les enfants qui sont tout le temps en train de coller » (p.10, 3^è entrevue sur l'histoire)</p>		

Total représentations de la relation avec la deuxième enfant :

Fusionnelles = 4/14

28.6% Mixtes = 2/14

14.3%

Rejetantes-abandonnantes = 5/14

35.7% Distance appropriée = 3/14

21.4%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec le troisième enfant

Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée
<ul style="list-style-type: none"> « Quand mon garçon est venu au monde, c'était comme : donnez-moi mon garçon, c'est à moi. Après, j'ai toujours refusé que tout le monde le prenne. C'était mon bébé, c'était mon garçon. » (p.15, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) « Je suis très inquiète de son bien-être physique quand je ne suis pas là. Tout le monde me dit : ben oui, on ne le laissera pas tomber sur la glace! On fera bien attention. Il ne se fera pas mal. Moi je considère que si je paie les services de quelqu'un, j'ai plus de chances que cette personne fasse vraiment attention à lui. » (p.12, EASM) 	<ul style="list-style-type: none"> « J'ai été très en colère quand j'ai su que j'étais enceinte. Je n'en voulais pas, j'en avais assez dans les bras. » (p.14, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) « Je suis sévère avec lui, il a des punitions qui ne sont pas proportionnelles à son âge. Je lui dis : moi je suis fâchée avec toi. Vas t'en, je ne veux pas te voir la face. Vas dans ta chambre et ferme la porte. Des fois je parle aussi sévèrement à lui qu'à celle qui a cinq ans. Définitivement, c'est comme s'il était beaucoup plus vieux. » (p.7, 3^e entrevue sur la maternité actuelle) « Mon fils à eu le rhume de zéro à dix-huit mois. On a fini par me dire qu'il était sur la voie des difficultés respiratoires importantes. Moi, je laissais aller les choses. J'étais non interventionniste. » (p.11, 3^e entrevue sur l'histoire) 		<ul style="list-style-type: none"> « Il veut toujours faire des becs. Un bisou, des bisous...il fait des becs à son papa, un bec à maman. Il est plus colleux, mais c'est correct. Je suis plus colleuse avec lui parce que lui le demande. Mais j'ai l'impression que quand il ne le demandera plus, ça ira tout seul. » (p.18, 2^e entrevue sur l'histoire) « Moi et mon mari on prend la peine de l'écouter, plus qu'on a pris la peine d'écouter les grandes. On le fait parler, on lui demande ce qu'il veut... » (p.8, 3^e entrevue sur la maternité actuelle) « Je lui laisse aussi faire des choses, des choses de son âge et je dis aux filles que ce n'est pas niaiseux, quand elles disent ça. Il joue avec un ballon, joue tout seul, dessine, joue dans ses jeux... » (p.8, 3^e entrevue maternité)

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec le troisième enfant (suite)			
Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée
<p>• « Tout autour de moi, un garçon est près de sa mère. La mère est comme à eux et il y a comme une relation d'exclusivité avec la mère. Les filles, il y a plus de compétition avec la mère, il n'y a pas ce rapport de grande tendresse. Tout cela a peut-être fait que mon garçon et moi, on est très très près. Je le comprends beaucoup. Il en donne de la tendresse à papa, mais c'est « ma maman ». Quand il dit « c'est ma maman », cela veut dire «tassez-vous de là, c'est ma maman!» Je l'ai allaité longtemps aussi, jusqu'à 20-21 mois. C'était mon bébé, mon garçon. Les filles ont besoin de faire la différence d'avec leur mère. Le garçon n'a pas besoin parce qu'il ne retait pas le même schéma que sa mère. On dirait que les mères ne les laissent pas aller et que les garçons ne sont pas prêts à laisser aller ce lien. » (p.4, 3è entrevue sur l'histoire)</p>	<p>• « Quand il fait sa crise et qu'il veut que je le prenne, je dis : là, tu fais ta crise et tu restes à terre. Tu es trop lourd et tu me donnes mal dans le dos. L'autre jour, je l'ai laissé pleurer sur le terrain des voisins pendant que je sortais les vidanges. Je me suis dit : quand il aura fini de pleurer, il reviendra. Après une heure, il va être fatigué. Quand il fait des colères, je peux lui dire : arrête parce que tu vas avoir une fessée, arrête parce que je suis tannée! » (p.15, 2è entrevue sur l'histoire)</p> <p>• « Je l'ai très mal pris quand j'ai pensé que j'étais enceinte du troisième. J'ai dit : je n'en veux pas d'autres! Je voulais faire ma demande pour entrer à la maîtrise en gestion et j'avais des projets, ce n'était pas le temps. J'avais beaucoup, beaucoup de colère. J'ai dit : j'ai déjà assez de misère avec les deux qui sont là que je n'ai pas besoin de m'en taper un autre sur la tête! » (p.2, 3è entrevue sur l'histoire)</p>	<p>• «Je lui demande d'attendre que tout le monde soit assis à table et ait fait « santé » avant de manger. Pour moi, c'est très important ce respect. Mais je permets qu'il mange avec ses doigts ou marche à quatre pattes, ce que mon mari ne tolère pas. Moi je sais qu'il ne restera pas comme cela et qu'il ne fait pas ça pour m'embêter. Je considère que ce sont des régressions normaux ». (p.9, 3è entrevue sur la maternité actuelle)</p>	

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec le troisième enfant (suite 2)

Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée
<ul style="list-style-type: none"> • J'interviens auprès d'Élise en lui disant : « Votre fils régresse peut-être un peu et n'est pas en mesure de devenir propre peut-être parce qu'il trouve difficile de devoir être souvent un grand garçon ». Élise me répond : « Oui, définitivement! C'est pour cela que moi je le laisse être le petit! C'est mon dernier et c'est mon bébé. D'ailleurs, je lui dis toujours : tu es le bébé à qui toi? Ce n'est pas un grand garçon, mais c'est le bébé à maman et papa. Il va falloir qu'on change notre vocabulaire parce que je ne veux pas qu'il arrive à sept-huit ans et dise encore : je suis un bébé. Il a vraiment sa place de petit et il trône là-dessus. » (p.10, 3^e entrevue sur la maternité actuelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • «Après la sieste, il se réveille seul et je ne lui parle pas. S'il demande quelque chose, je lui donne et le tout se fait en silence.» (p.8, 3^e entrevue maternité) • «Là, ça commence à me fatiguer qu'il n'aille pas sur le pot. Il sait qu'il doit faire tout ce qu'il à faire sur le pot. Il dit qu'il ne veut pas, et je pense que c'est une question de volonté et ça commence à me tanner. Je n'aime pas changer un grand garçon. Je lui dis que je suis tannée de changer ses couches pleine de caca! Tout le monde lui dit : tu pues, vas t'en! Quand il fait caca et vient me le dire après, je lui dis : ce n'est pas bien, maman n'est pas contente.» (p.10, 3^e entrevue sur la maternité actuelle) 		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec le troisième enfant (suite 3)			
Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes	Mixtes	Distance appropriée
<p>• « A l'hôpital, après l'accouchement, j'avais peur la nuit qu'on m'enlève mon bébé. Je disais : écoutez, je ne me sens pas en sécurité de le garder avec moi si je m'endors. J'avais très peur des vols de bébé. Cela terrorise beaucoup car c'est vrai qu'il y a beaucoup de monde qui entre dans les hôpitaux. Il y a beaucoup de monde qui peuvent mettre un sarrau blanc et dire : on va faire un test à votre bébé. Cela me mettait beaucoup de stress en me disant : vous ne toucherez pas à mon bébé! Je viens avec vous si vous partez avec mon bébé. Dans ma tête, je me disais « c'est ma perle », et je n'osais pas vraiment dormir parce que j'avais cette crainte qu'une infirmière prenne le bébé pour faire des tests et que je ne sache plus où il était. » (p.10, 3è entrevue sur l'histoire)</p>	<p>• «Après l'accouchement, je l'ai regardé mais j'étais encore dans mon euphorie et dans mon rêve, car moi et mon mari on se racontait toutes sortes d'histoires pendant l'opération, des histoires sur nous deux. Je ne le voulais pas sur moi, je ne voulais pas y toucher, pas du tout. Alors ils l'ont tout nettoyyé et raccommode . » (p.8, 3è entrevue sur l'histoire)</p>		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 1 : Élise

Représentations de la relation avec le troisième enfant (suite 4)		Mixtes	Distance appropriée
Fusionnelles	Rejetantes-abandonnantes		
<ul style="list-style-type: none"> • « Une fois que j'ai su que j'étais bien enceinte, j'ai ri et j'étais bien contente. J'ai vécu encore plus sereinement cette grossesse que la deuxième en me disant : c'est à moi enfin. J'étais très contente d'avoir un garçon, j'en voulais un depuis le début. » (p.3, 3è entrevue sur l'histoire) • « Avec lui, c'était : je veux allaiter, je veux allaiter. La valeur de l'allaitement était très forte. Mon fils, il était hors de question qu'il passe à autre chose que l'allaitement. Même si j'avais toutes ces douleurs dans les premières semaines. » (p.11, 3è entrevue sur l'histoire) • « La grossesse pour moi était belle dans le sens que c'était mon petit garçon que j'attendais. C'était beaucoup, beaucoup... Je vivais avec lui. Je me sentais très très près de mon petit bébé à moi. » (p.13, 3è entrevue sur l'histoire) 			

Total représentations de la relation avec le troisième enfant :

Fusionnelles = 8/20	40%	Mixtes = 1/20	5%
Rejetantes-abandonnantes = 8/20	40%	Distance appropriée = 3/20	15%

ANNEXE G-2

Classification des extraits d'entrevues :
sujet no. 2 (Carole)

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de tous les enfants

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • "Ce sont les deux plus beaux" (en référence à l'apparence physique) (Indice de stress parental) 		

Total représentations de tous les enfants : Positif : 1/1 100%
 Négatif : 0/1
 Nuancé : 0/1

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations du premier enfant

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • "Il se promène sur l'ordinateur sans qu'on lui ait montré. Il semble plus rapide pour apprendre l'ordinateur que les couleurs." (Indice de Stress Parental) • "On l'a inscrit au karaté. C'est une activité sportive et il aime ça. On n'est pas obligé de le pousser. Il est fier d'avoir un kimono. C'est le fun." (p.11, 2è entrevue sur la maternité) • "Il a reçu beaucoup de petits legos pour sa fête. Il fallait les monter, c'est vraiment compliqué. J'ai vu qu'il essayait des choses, il joue avec, il essaie de construire. Je ne pensais pas qu'il irait jusque là. Quand je le vois faire des choses comme ça, ça me... Ouf! Je me dis qu'il va peut-être trouver sa voie tout seul..." (p.13, 3è entrevue sur la maternité) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Il pleure plus que je m'y attendais." (ici, le ton est irrité) (Indice de Stress Parental) • "Je pense qu'il est comme son père. Il est très relax, il flâne beaucoup, il ne veut pas faire de sports. En fait, il ne veut rien faire finalement. Il ne veut pas aller jouer dehors et ça me dérange beaucoup. Je m'attendais à quelqu'un de plus actif que cela." (Indice de Stress Parental) • "Philippe, c'est un bougon. Je dirais définitivement que c'est un bougon. Il n'est jamais content, à moins qu'on aille chez Mc Do ou qu'on aille faire du ski. Pour tout activité, généralement, il n'est pas content, ça ne lui tente pas." (p.11, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • "Philippe, c'est l'enfer. A chaque repas, c'est la guerre. Il essaie toujours de remettre ça à plus tard. Le bain, c'est la même chose." (p.19, 2è entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Il a de la difficulté à apprendre ses couleurs et d'autres petites choses je trouve. Mais je ne suis pas encore rendue au niveau scolaire et mes attentes sont là. J'essaie de ne pas avoir d'attentes là...jusqu'à maintenant, tout va bien" (en référence à son développement) (Indice de Stress Parental) • Carole discute du fait qu'elle veut inscrire son fils à l'école anglophone : "Quand on a pris le formulaire à l'école, il a fait une crise de négativisme aigu. Je ne comprends pas, je n'ai pas compris sa réaction face aux anglophones. Probablement qu'il s'est dit : je ne veux pas me retrouver seul dans ce contexte là." (Indice de Stress Parental) • "Il ne veut pas apprendre ses couleurs ou n'en est pas capable. Faut dire qu'on l'a écoeuré avec ça. Aussitôt qu'on en parle, il bloque, il veut pas. Peut-être aussi qu'il ne veut pas nous le dire." (Indice de Stress Parental)

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations du premier enfant (suite)		Nuancées
Positives	<p>● "Évidemment, tant que ce sera pas une habitude établie, la règle de manger les légumes avant tout, il va me tester, me tester, me tester. Ça, ça va prendre un bon mois, deux mois avant que je sois soulagée de cette contrainte là, que moi j'impose." (p.20, 2è entrevue sur l'histoire)</p> <p>● "La personnalité de Philippe a tendance à m'exaspérer beaucoup. Il est maussade, il est mou, il ne veut jamais rien. Comme tout le temps s'il me testait s'il n'y avait pas moyen de faire autre chose." (p.9, 2è entrevue sur la maternité actuelle)</p> <p>● « J'aimerais bien que Philippe soit un petit peu plus colérique. Là, il est chiâleux, il s'oppose. Je pense qu'il est comme son père, il n'y a jamais rien qui sort. » (p.10, 3è entrevue sur la maternité actuelle)</p> <p>● « A la garderie, j'étais persuadée qu'il ne participait à rien! Finalement, elle m'a dit qu'il participait à tout! » (p.12, 3è entrevue sur la maternité actuelle).</p>	<p>● "A la garderie, j'ai eu une grosse année difficile l'an dernier. J'en veux beaucoup à l'éducatrice. Philippe détestait aller à la garderie. Tous les matins, c'était la crise. Elle me disait : "aujourd'hui, il a fait une crise parce que..." Moi je pensais que mon fils était une peste alors je l'ai pris pour une peste. J'ai eu une année très difficile avec lui. Aussitôt qu'il disait non pour quelque chose, je pensais qu'il faisait la peste. Ça a joué beaucoup sur notre relation. Évidemment, c'était l'éducatrice. Cette année, c'est le bonheur total, l'éducatrice est une perle. Ça fait que c'est tout un monde..." (p.11, 1^{ère} entrevue sur l'histoire)</p> <p>● "C'est vrai que sa personnalité m'exaspère, mais il me fait sourire quand même, quand je pense à des choses drôles qu'il fait." (p.9, 2è entrevue sur la maternité actuelle)</p> <p>● "Il a une émotivité vraiment particulière, exacerbée, pour un petit garçon. Dans ses jeux à lui et dans sa manière d'être, j'ai remarqué qu'il était plus sensible. Souvent c'est de la peine plus que d'être fâché je pense." (p.2, 1^{ère} entrevue sur la maternité actuelle)</p>

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations du premier enfant (suite 2)	Positives	Négatives	Nuancées
	<ul style="list-style-type: none"> « C'est un p'tit peu ce qui me décourage du comportement de Philippe, ce manque d'effort et de volonté là. Aussitôt que quelque chose paraît un peu difficile, il abandonne. » (p. 13, 3è entrevue sur la maternité actuelle) 	<ul style="list-style-type: none"> Carole parle de traits de son fils qui pourraient être perçus comme agréables, mais ceux-ci ne semblent pas tellement la satisfaire : "Si je parle de collages, de dessins, il est intéressé. Les petits jeux de mémoire...les activités non physiques en fait. Lire des histoires...Il veut toujours écouter un film. Pour le satisfaire, c'est quand même relativement facile : les collages, les films, les collations, tout ce qui n'est pas bon quoi! A part les collages..." (p. 10, 2è entrevue sur la maternité actuelle) J'interviens en demandant si Philippe est plus actif lorsqu'il est avec des amis : "C'est sûr que le fait qu'il soit seul, c'est plus difficile. Quand ses petits amis sont dehors, oui, c'est vrai, il est très willing." (p. 11, 2è entrevue sur la maternité actuelle) "Comme s'habiller le matin, il est juste mou, ça ne lui tente pas. Physiquement, il fait le mou et moi j'ai beaucoup de difficultés avec ça. Mais je sais que ce n'est pas contre moi." (p. 10, 2è entrevue sur la maternité actuelle) 	
Total représentations du premier enfant :	Positif : 3/20	15%	
	Négatif : 9/20	45%	
	Nuancé : 8/20	40%	

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations du deuxième enfant :	Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • « Il rigole tout le temps. » (Indice de Stress Parental) • « Avec Charles, il n'y a pas de problème. Par exemple, il n'a pas de problème de comportement. » (Indice de Stress Parental) • « Charles, c'est l'heure du souper, je l'assois, il soupe, tsé c'est pas compliqué. C'est l'heure du bain, ben il court dans la toilette pis il prend son bain! » (p.19, 2è entrevue sur l'histoire) • « Je le trouve merveilleux! J'en parle et j'ai un emportement, j'adore cet enfant là! Même quand il est fâché je trouve qu'il se fâche bien, j'aime ça. » (p.8, 2è entrevue sur la maternité actuelle) • « Charles veut toujours participer à tout, il fait tout. Il veut se brosser les dents, prendre son bain, il veut manger, il veut, il est toujours d'accord pour tout. Si je disais : viens, on s'habille, il vient et on s'habille. Il ne joue même pas! Ça fait que oui, c'est beaucoup plus facile. Et c'est pas parce qu'il m'obéit, c'est parce qu'il est participant, il est willing. » (p.9, 2è entrevue sur la maternité actuelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • « A quatorze mois, il prend beaucoup beaucoup d'attention. Aller visiter quelqu'un, il faut que je le suive pas à pas pour qu'il touche à rien, donc on voit personne. C'est dur. » (p.1, 2è entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> • « Il est dans une période... on ne sait pas ce qu'il a exactement. Il prend des antibiotiques apparemment pour une otite, je pense qu'il faisait une sinusite finalement. Il se lance à terre, il est lyrique, on lui dit non pour quelque chose et c'est la fin du monde! Il a quatorze mois, on va relaxer! » (p.10, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • Carole explique que dernièrement, Charles a fait des crises à l'heure du coucher, ce qu'elle trouve difficile à supporter. Mais elle tente de comprendre son comportement. « Je pense qu'il ne veut pas qu'on le quitte, il ne veut pas que sa journée finisse, il veut continuer à s'amuser, il veut s'affirmer. Je pense que c'est juste ça. De toutes façons, tous les enfants sont comme ça. » (p.7, 3è entrevue sur la maternité actuelle) 	

Total représentations du deuxième enfant :

Positif : 5/8 62.5%

Négatif : 1/8 12.5%

Nuancé : 2/8 25%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de soi en tant que mère avec tous les enfants

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • « J'estime être capable de mener à bien la plupart des choses sans aucun problème. » (Indice de Stress Parental) • « Je crois qu'en réalité je suis un meilleur parent que la moyenne parce que j'ai un questionnement par rapport à mon rôle de parent. » (Indice de Stress Parental) 	<ul style="list-style-type: none"> • « Je serais incompétente si un enfant tombait et se fracturerait quelque chose. Je ne serais pas du tout capable de faire quelque chose. » (Indice de Stress Parental) • « Moi je ne suis pas une mère. Il y a des femmes qui ont des enfants, elles semblent devenir des mères. Pas moi. Moi je suis moi et j'ai des enfants. Il y a des femmes...elles semblent savoir où elles s'en vont, elles ont des cadres. Alors que moi les cadres, c'est Philippe qui me les met au fur et à mesure. Je les répercute sur Charles. Je regrette, si j'avais d'autres enfants, ça serait toujours de mieux en mieux pour l'éducation. » (p.11, 1ère entrevue sur l'histoire) • « Moi je suis une personne qui a beaucoup d'attentes des autres. J'ai des attentes par rapport à mes enfants. Les pauvres, ils n'ont rien demandé et ils n'avaient rien à donner en arrivant. » (p.12, 3è entrevue sur la maternité actuelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • « Plus la communication se fait par le langage, par le langage je dis bien, plus je me rapproche de mon rôle de mère. Parce que c'est par le langage que je communique le mieux. » (p.11, 1ère entrevue sur l'histoire)

Total représentations de soi en tant que mère (tous les enfants) : Positif : 2/6 33.3%
 Négatif : 3/6 50%
 Nuancé : 1/6 16.7%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de soi en tant que mère avec le premier enfant

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> « Je me trouve compétente et maître de la situation lorsque je m'occupe physiquement et au point de vue des loisirs de mon enfant. » (Indice de Stress Parental) « Il me semble qu'il doit très très se sentir en sécurité avec moi parce que... quand je dis c'est le bain, c'est le bain pis ça finit là. » (p.20, 2^e entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> « Quand il vient à des situations plus psychologiques ou que j'ai de la difficulté à cerner le pourquoi de son comportement, là je ne me trouve pas compétente et je ne retrouve pas en moi les ressources nécessaires à me sentir compétente. » (Indice de Stress Parental) « Je suis extrêmement colérique, très impatiente, intolérante face à plein de petites choses que les enfants font, surtout Philippe. C'est vraiment deux mondes, il y a Charles et il y a Philippe. Tout ce qui vit Philippe, c'est nouveau tout le temps et je réagis beaucoup à ça, trop. » (p. 10, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) « J'ai eu une crise pour Philippe. Je lui ai décoré un chapeau pour l'Halloween, ça a pris toute ma soirée, je n'ai pas étudié ce soir là, je n'avais rien fait. Il ne l'aimait pas le chapeau, il n'en voulait pas et il n'allait pas le mettre! Moi je devrais être l'adulte qui comprend et me dire que demain matin, il va avoir oublié ça et il va être content d'apporter son chapeau. Ben non! Moi je fais une crise épouvantable! T'es pas gentil avec moi! J'ai passé toute ma soirée à m'occuper de toi! Tu devrais prendre conscience que je te donne du temps... » => voir suite autre page 	<ul style="list-style-type: none"> « Ça me choque d'être une mère comme ça (en référence à ses colères), mais comme je n'ai pas de modèle de mère, c'est un p'tit peu difficile. Je ne copie personne, j'y vais au jour le jour. » (p.2, 1^{ère} entrevue sur la maternité actuelle) « Etre mère d'un bébé, ça a été difficile parce que je ne comprenais pas du tout ce qu'il voulait. Cette petite bête là m'était incompréhensible. Je ne comprenais rien! J'essayais d'allaiter, ça ne marchait pas. Je ne savais pas quoi faire avec la suce, comment le faire attendre pour son biberon... Ma mère a été un certain support car elle venait passer du temps à chaque semaine, mais elle n'était pas très au courant de la pouponnerie, même pas du tout! Alors encore là, pas de modèle pour m'aider. » (p.6, 2^e entrevue sur la maternité actuelle)

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de soi en tant que mère avec le premier enfant (suite)

Positives	Négatives	Nuancées
	<p>⇒ suite de la page précédente : « ...que ça m'enlève du temps! Pis tu vas aller te coucher, tu n'auras pas de bisou! Mais là il a eu un bisou, c'est sûr que je ne vais pas faire ça. Ce qui ressort de ma thérapie, c'est que je n'ai pas réglé mes problèmes de petite fille et que j'ai gardé mes réflexes de petite fille. » (p.11, 1^{ère} entrevue sur l'histoire)</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Je me suis mise à la place de Philippe quand moi je suis très très fâchée et que je crie beaucoup. Je me suis dit : lui, il ne peut même pas appeler sa mère s'il a peur, s'il n'est pas bien, il a peur de SA mère. J'ai dit : ça c'est très très grave, il faut que je fasse quelque chose. » (p.1, 1^{ère} entrevue sur la maternité actuelle) • « Les deux derniers jours ont été difficiles. Je me suis levée fâchée dimanche matin et j'ai été fâchée toute la journée après lui, pour rien. Je n'avais aucune raison de me fâcher comme ça. » (p.9, 2^e entrevue sur la maternité actuelle) 	

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de soi en tant que mère avec le premier enfant (suite 2)

Positives	Négatives	Nuancées
	<ul style="list-style-type: none"> • "Je doute de mon "range" disciplinaire...Je me demande si je dois le forcer à faire des choses qu'il n'aime pas, en cas qu'il prenne l'habitude de lâcher, ce que je fais. Là je me suis dit : c'est écoeurant d'obliger un enfant à faire une activité qu'il n'aime pas, c'est heavy, je suis heavy! Pour ça, Philippe est un test un p'tit peu encore pour Charles." (p.9, 2è entrevue sur la maternité actuelle) • "Je ne fais pas un très bon travail pour sa confiance en lui parce que je suis très intolérante avec lui. J'en suis très consciente, mais c'est toujours après que j'en suis consciente. J'en parlais justement avec mon chum hier. C'est impossible qu'il ne voit pas que je me fâche avec lui et pas avec Charles. C'est sûr et certain qu'il sent ça. Mais c'est juste après m'être fâchée. Quand je suis en colère, il n'y a rien qui m'arrête." (p.11, 2è entrevue sur la maternité actuelle) • "Dans les périodes où je criais beaucoup après lui, je ne comprenais pas, je ne savais pas comment agir. Je prenais toutes ses réactions très à cœur alors que ce n'était pas nécessaire." (p.8, 3è entrevue sur la maternité actuelle) 	

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de soi en tant que mère avec le premier enfant (suite 3)

Positives	Négatives	Nuancées
	<ul style="list-style-type: none"> • "A chaque fois qu'il y a une crise, après je me sens vraiment coupable de ne pas m'être retenue. Je sens ma colère et je devrais me dire : es-tu vraiment en colère? Je sais que je dois aimer cet enfant là comme il est et non pas comme je veux qu'il devienne, parce qu'il va être malheureux, moi je vais être malheureuse. Il va toujours se sentir à côté de la "track", à côté de la "track" que sa mère voulait pour lui." (p.11, 3è entrevue sur la maternité actuelle) 	

Total représentations de soi en tant que mère (premier enfant) :

Positif : 2/13 15.4%
 Négatif : 9/13 69.2%
 Nuancé : 2/13 15.4%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de soi en tant que mère avec le deuxième enfant

Positives	Négatives	Nuancées
<ul style="list-style-type: none"> • "Je me suis améliorée. Avec Charles, c'est plus relax quand il fait des crises. Je le prends dans mes bras, je rigole de ça un peu, j'essaie de lui changer les idées. Alors que Philippe, j'aurais crié : "ça suffit, tu vas m'arrêter ça!" Par ignorance de ce qu'est un enfant finalement." (p.10, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) 		<ul style="list-style-type: none"> • "Avec Charles, c'est tellement plus facile que là je me dis : ben, c'est pas si mal, je suis pas si pire que je pensais avec Philippe." (p.20, 2^è entrevue sur l'histoire)

Total représentations de soi en tant que mère (deuxième enfant) : Positif : 1/2
 Négatif : 0/2
 Nuancé : 1/2

50%
50%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
	<ul style="list-style-type: none"> • "Aujourd'hui je trouve ça prenant, je trouve ça lourd. Des fois, je n'en voudrais plus de mes enfants. Mais est-ce que ça me viendrait à l'idée de partir et de laisser les enfants à mon chum si ça ne m'était pas arrivé? (en référence au fait que sa mère l'a mise en pension durant toute son enfance) Est-ce que c'est un pattern qui est concevable pour moi parce que je l'ai vécu? J'ai des amies où l'idée ne leur vient même pas à l'esprit. Si elles se séparaient, c'est elles qui garderaient les enfants, alors que pour moi c'est clair que si je me séparais, je prendrais les enfants juste pour le plaisir. Je laisserais de côté tous les...et finalement, c'est ce que ma mère faisait. (p.3, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> • "C'est clair que je n'aurais pas dû en avoir. C'est clair. Mais j'en avais besoin. Là que ma mère est vraiment malade, pour ne pas dire sur le bord de mourir...Mes cartes vont probablement changer encore, à l'inverse. Il n'y a rien de stable. C'est ça que je me rends compte. Il y a des moments où t'en as besoin, d'autres non." (p.13, 1^{ère} entrevue sur la maternité actuelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Je m'inquiète toujours les premiers jours d'un nouvel environnement pour mon enfant. Les premiers jours avec une éducatrice, des changements de groupe à la garderie, des choses comme ça, oui. Une fois que l'habitude est passée, qu'il a pris contact avec l'environnement, non, je ne m'inquiète plus du tout." (EASM) • "C'est sûr que rendus adultes, j'irai pas magasiner avec mes gars, je pense pas, mais je vais trouver d'autres centres d'activités, comme aller au théâtre, je sais pas..." (p.12, 2^e entrevue sur l'histoire)

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
	<ul style="list-style-type: none"> • "La personnalité lymphatique de mon mari, ça n'aide pas... C'est ce qui fait que c'est trop pour moi et que je trouve que les enfants c'est trop. C'est ce qui me fait regretter que je ne vive pas seule dans un deux et demi..." (p.8, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • "Mon chum s'occupe bien des enfants. Assez que quand je pense partir, je ne veux pas arracher ses enfants." (p.9, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) • "Je me suis enfin trouvé quelque chose là, un but de carrière. Mes enfants freinent ça, je me sens pas libre du tout. Les responsabilités domestiques aussi que ça m'impose me dérangent beaucoup, beaucoup, vraiment pas ça. J'aime pas ça, j'aime de les avoir quand il y a de la communication correcte entre nous, qu'il y a pas de... => voir suite autre page 		<ul style="list-style-type: none"> • Carole parle du fait qu'elle pense maintenant se séparer, mais garder les enfants avec elle dans une maison qu'elle achèterait. Sa situation financière s'est nettement améliorée depuis le décès récent de sa mère qui lui a laissé un héritage important : "Ce que je voulais auparavant, c'était de me sauver de la famille au complet, tandis que là j'ai vraiment un problème avec mon conjoint, c'est très ciblé. Le bébé est moins demandant, plus indépendant qu'il l'était, beaucoup plus indépendant dans ses jeux. Philippe aussi. J'ai établi une routine qui me convient. A huit heures, les enfants sont couchés, tout est propre, je peux écouter la télé, lire une revue... j'ai du temps à moi... avant, j'étais plus débordée, j'avais plus de cours, j'avais ma mère à visiter à l'hôpital..." (p.3, 3^e entrevue sur la maternité actuelle).

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite 2)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
	<p>⇒ suite de la page précédente : <i>"...faut dealer pour manger les légumes, aller se coucher. Ça me rend assez agressive en plus."</i> (p.4, 2è entrevue sur l'histoire)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>«Aujourd'hui, je regrette encore d'avoir fait des enfants.»</i> (p.4, 2è entrevue sur l'histoire) ● <i>"Je pensais avoir envie de faire de la plasticine pis du bricolage, pis m'intéresser à tout ce qu'ils font, alors que finalement c'est pas le cas, mais pas du tout, du tout, du tout. Même si je suis tout équipée pour faire ça, il sont souvent laissés à eux-mêmes. Je compte sur la garderie entièrement pour faire ces activités, alors tout ce que j'ai pu imaginer est faux finalement"</i> (p.5, 2è entrevue sur l'histoire). 		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite 3)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
	<p>• "Si je me séparais, je crois que je serais beaucoup plus heureuse et que mes enfants seraient beaucoup plus heureux avec moi juste la fin de semaine alors que les repas seraient ...plus agréables..y'aurait beaucoup moins de discipline à faire...si on va au théâtre plutôt que de dire ben touche pas à ci, fais pas ci, fais pas ça...ça serait beaucoup plus facile...je serais moins impatiente" (p. 18, 2è entrevue sur l'histoire)</p> <p>• "Justement la plasticine, le bricolage...J'en ai fait avec Philippe quand il était très petit, j'en fais pas du tout avec Charles. La lecture...de toute façon, il le font à la garderie, ça me déculpabilise beaucoup...j'ai tout laissé aller ça, le développement...se faire tout seul et tout s'est fait tout seul. C'est sûr que j'ai aidé Philippe à marcher, Charles à marcher..." (p. 16, 2è entrevue sur l'histoire).</p>		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite 4)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
	<ul style="list-style-type: none"> • "Dès qu'ils ont pu manger tout seuls avec leurs doigts, moi j'ai lâché la purée et j'ai tout lâché, je les laisse aller tout seuls, moi ça me soulage d'une tâche finalement que j'aime pas, toute la période de faire manger le bébé là, je trouve ça long..." (p. 16, 2^e entrevue sur l'histoire) • "J'ai tellement l'impression que ma vie professionnelle et ma vie de mère sont... éloignées que je peux pas les associer. J'ai souvent l'image de quitter la maison, laisser les enfants à mon mari pis faire ma vie à moi, mais je sais pas si je vais me rendre à ça." (p. 18, 2^e entrevue sur l'histoire) • Lorsque Carole parle de quitter ses enfants, je lui demande comment elle pense que ceux-ci se sentiraient de la voir seulement la fin de semaine : "J'en ai pas la moindre idée parce que je fais pas le lien vraiment => suite autre page..." 		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite 5):	Distance appropriée
<p>Fusionnelle</p>	<p>Mixte</p>
<p>⇒ suite de la page précédente : <i>"... avec ça puisqu'ils passeraient la semaine avec leur père alors que moi j'avais pas de père, mon seul lien c'était ma mère pis j'avais même pas ce lien là. Moi je quittais ma maison pour aller dans la maison de quelqu'un d'autre alors qu'eux resteraient chez eux tout le temps, avec leur père. Ils m'en voudraient, de toute façon ils vont m'en vouloir pour d'autre chose, ça c'est pas si grave que ça." (p. 18-19, 2è entrevue sur l'histoire).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Je demande à Carole si elle peut envisager d'avoir la garde de ses enfants en cas de séparation : <i>"C'est financièrement pas possible pour moi...et si ce l'était...disons que c'est quelque chose qui arriverait dans huit ans, une fois mes études terminées, j'aurais même un travail. Ah...je me retrouverais avec les mêmes problèmes avec les enfants qu'aujourd'hui, mon chum en moins." (p. 19, 2è entrevue sur l'histoire)</i> 	<p>Distance appropriée</p>

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite 6)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
	<p>• "Que je sois obligée de partager mes choses avec quelqu'un, c'est parfois envahissant. Je pense que c'est difficile de laisser les enfants prendre leur place dans ma vie à cause de ça aussi, je suis dérangée. Même, j'ai déjà dit à Philippe: "arrête de me parler un peu, j'aimerais ça être toute seule ds ma tête." Il y a une période où ils parlent beaucoup, beaucoup, beaucoup. Je trouvais ça dur parfois." (p.3, 1^{ère} entrevue sur la maternité actuelle)</p> <p>• "Je me rends compte que je ne passe pas de temps avec les enfants...presque...pas du tout même. Disons que je déjeune et que je soupe avec. Même je les laisse tout seuls dans le bain pendant que je nettoie la cuisine. J'ai toujours autre chose à faire alors je m'arrange toujours pour les occuper pour que je puisse faire mes affaires domestiques => voir suite autre page</p>		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite 7)	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
Fusionnelle	<p>⇒ suite de la page précédente : <i>"Charles grignote pendant que je fais le souper. Il est toujours après moi. Ça c'est une période difficile dans la journée...il y a des jours où je ne les vois presque pas, parce que je pars très tôt et je reviens tard."</i> (p.3, 1^{ère} entrevue sur la maternité actuelle.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Je demande à Carole si elle souffre de voir si peu ses enfants : <i>"Est-ce que j'en souffre moi? Non. Ce qui me fait souffrir, c'est qu'eux en souffrent probablement. Mais moi, non, ils ne me manquent pas. C'est plutôt la plénitude sans mes enfants. Je ne ressens pas le besoin d'être toujours auprès d'eux, non."</i> (p.3, 1^{ère} entrevue sur la maternité actuelle) ● <i>"Charles ira cinq jours à la garderie sous peu. Je vais me sentir toute ma tête d'adulte et de femme cinq jours par semaine à moi pour pouvoir mener mes choses à bien ⇒ suite autre page</i> 		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no 2 : Carole

Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite 8)	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
<p>Fusionnelle</p>	<p>⇒ suite de la page précédente : <i>"J'ai beaucoup de difficulté à supporter ma voisine, justement parce que c'est une femme qui est très couveuse de ses enfants et moi je suis comme ma mère : allez-y! Allez-y! Elle, ah! Ses enfants sortent de l'enfance... Tant mieux chère!"</i> (p. 14, 2^e entrevue sur la maternité actuelle)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>"On idéalise la relation qu'on pense qu'on aura avec nos enfants. Moi j'en parle aisément de l'agressivité que ça a fait ressortir en moi. Même que des fois j'en voulais plus de mes enfants. Ça choque beaucoup. Même des filles que je connais qui ont des enfants. Ça j'en reviens pas. Est-ce qu'elles sont vraiment heureuses ou est-ce qu'il ne faut pas en parler?"</i> (p. 12, 1^{ère} entrevue sur la maternité actuelle) 		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite 9)	Mixte	Distance appropriée
Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	<ul style="list-style-type: none"> • "J'ai été une période où je me disais : finalement, ce que je voulais dans la vie, c'est être célibataire, pas avoir d'enfants, je trouve ça trop." (p. 14, 1^{ère} entrevue sur la maternité) • "C'est un peu ce qui me décourage tant d'avoir des enfants, c'est que la fin de semaine je suis toute seule avec et c'est plate en maudit. J'ai pas envie de partir de chez nous avec les deux enfants pour aller faire des activités et m'occuper des deux en même temps, c'est une tâche lourde, ils sont encore trop jeunes pour ça. C'est plate, c'est plate pour moi parce que je suis coincée à la maison à cause de ça. Je pourrais faire des bricolages et de la plasticine, mais je les envoie à la gaderie pour ça. Je peux mettre un film et le regarder avec eux en cuisinant ou écouter une histoire sur cassette avec eux. C'est des choses que je fais, mais ça ne m'implique pas moi." (p. 14, 3^e entrevue maternité actuelle)

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec l'ensemble des enfants (suite 10)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
	<ul style="list-style-type: none"> • « Ce que j'ai remarqué avec les enfants, c'est que je perds patience quand on me gruge mon temps, donc ma liberté d'action . » (p. 10, 3è entrevue sur la maternité actuelle) • « Ça ne va pas bien parce qu'on a les enfants, j'étais libre avant. Quand mon conjoint travaillait, je faisais ce que je voulais, J'allais au cinéma, manger au restaurant, voir des amis. Là, je suis prise avec les enfants, je me sens prise avec les enfants. » (p. 16, 3è entrevue sur la maternité actuelle) 		

Total représentations de la relation avec l'ensemble des enfants : Fusionnelles : 0/25 0%
 Rejetantes-abandonnantes : 21/25 84%
 Mixtes : 1/25 4%
 Distance appropriée : 3/25 12%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec le premier enfant	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
<p>Fusionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> Carole discute du fait que son fils ne sait pas encore ses couleurs : "J'ai mis l'emphase là-dessus, jusqu'à l'écoeurer avec ça, c'était épouvantable... à cause de moi, mon background à l'école, dernière de classe, j'ai pris ça très personnel. Je voulais pas qu'il vive ce que moi j'avais vécu." (p. 17, 2^e entrevue sur l'histoire) « J'ai encore beaucoup de travail à faire avec Philippe pour le laisser être ce qu'il est et non ce que je veux qu'il soit. » (p. 19, 2^e entrevue sur l'histoire) Suite au décès de sa mère, Carole a amené Philippe au cimetière pour lui montrer où elle reposait : « On lui a expliqué que mes grands-parents étaient là, que ma mère était là, que moi j'allais être là, lui et probablement ses petits-enfants. » (p. 2, 2^e entrevue sur la maternité actuelle) 	<ul style="list-style-type: none"> "La naissance de Philippe a été un choc terrible! TERRIBLE! Philippe pesait neuf livres et onze. Lui, quatre onces aux quatre heures ce n'était pas assez... je n'ai pas allaité longtemps... une semaine. J'étais trop traumatisée pour ça. Il était au sein à toutes les demi-heures! Je ne comprenais pas ça. J'ai appelé la ligue La Lèche. La jeune maman était stressée et elle voulait des conseils vite, pas des câlins! Au biberon, je pouvais calculer le nombre d'onces, déjà ça aidait. Je savais qu'il buvait. Mais une heure après il pleurait... mais qu'est-ce qu'il avait? Je ne pensais pas à la faim car le guide du ministère et les pédiatres disaient de ne pas nourrir. En plus, ma mère ne pouvait pas m'aider. Alors ça a été tout un apprentissage, apprendre qu'il ait faim. Ça a été très long... J'ai commencé les céréales à deux mois parce que je savais que ça allait dégénérer. Il pleurait tout le temps... → suite autre page... 	<ul style="list-style-type: none"> "Philippe a dormi avec moi très longtemps. Mon conjoint travaillait quatre soirs semaine, Philippe dormait avec moi quatre soirs semaine. Je le fais encore des fois, mais ce n'est pas agréable comme avant. Il prend de la place, il bouge, il fait du bruit en dormant, ça me réveille. Maintenant ça m'achale, mais je le fais encore. Mais Charles, je n'ai jamais dormi avec lui, jamais. C'est une part d'attention particulière que j'ai donné à Philippe." (p. 10, 1^{ère} entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> "Souvent, il y a des choses que je dois l'obliger à faire parce que je sais qu'une fois qu'il va y être, il va être content d'y être. Par exemple, l'été passé, j'ai insisté pour qu'il se baigne lors d'un party de famille. Il était content après. Je suis obligée de le pousser. Lui, c'est toujours non en partant. Il faut travailler beaucoup." (p. 11, 1^{ère} entrevue sur l'histoire). "Je travaillais beaucoup sur ma grossesse, je prenais soin de mon corps, de mon alimentation, je communiquais beaucoup avec lui, je me massais souvent le ventre, j'avais l'impression de le caresser d'avance, je lui parlais, j'avais hâte de lui voir la face, je lui avais donné un petit surnom." (p. 5, 2^e entrevue sur l'histoire)

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no 2 : Carole

Représentations de la relation avec le premier enfant (suite)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
<ul style="list-style-type: none"> Carole discute du fait qu'elle vient d'apprendre que sa mère est atteinte d'un cancer qui lui laisse peu d'espoir de survie : « J'aimerais vraiment qu'elle me dise qu'elle est triste pour Philippe, pour elle et Philippe. Qu'elle me parle de ça, qu'elle aurait aimé le voir grandir, parce que je suis certaine que c'est ça, mais j'aurais aimé qu'elle le verbalise. » (p. 10, 1^{ère} entrevue sur la maternité actuelle) 	<p>⇒ suite de la page précédente : <i>"J'en étais à me demander si je l'aimais cet enfant là. Je regrettais d'avoir un bébé, je ne savais pas ce qu'il voulait. Le premier contact a été très difficile. Quand il a eu un an, quand il a commencé à manger avec ses doigts, ça a commencé à être beaucoup plus relax."</i> (p. 11, 1^{ère} entrevue sur l'histoire)</p> <ul style="list-style-type: none"> "Après la naissance, j'étais déçue d'avoir fait un enfant, j'ai été longtemps à le regretter." (p. 4, 2^e entrevue sur l'histoire) "Quand le bébé est sorti, je l'ai trouvé très laid, et je n'en voulais pas et j'ai dit à mon chum de le prendre. J'ai pas pris contact tout de suite... à dix heures, cinq heures après l'accouchement, j'ai commencé à vouloir le voir. Au début, on l'a mis sur moi pis j'ai dit... pis il pleurait pis j'ai dit à mon chum : ah, prends-le! ⇒ suite autre page 		<ul style="list-style-type: none"> "Même que je dirais que Philippe était pas provocateur, mais moi je le voyais comme ça. Alors que maintenant j'ai compris que c'est pas toujours ça, qu'il y a d'autres choses. Puis j'essaie d'être plus attentive et on évite beaucoup de frictions." (p. 13, 2^e entrevue sur l'histoire) "Tout petit bébé, je mettais la petite musique, je tamisais les lumières. Je faisais attention à l'environnement du bébé. J'étais angossée par le fait qu'il mange pas bien, j'avais peur qu'il perde du poids, je m'étais attachée à lui là, je commençais à le trouver cute pis toute..." (p. 10, 2^e entrevue sur l'histoire) Carole discute du comportement de son conjoint après l'accouchement : buvait trop, ne s'occupait ni du bébé ni d'elle : « Ça me mettait en face du fait que j'allais devoir me séparer du bébé... » ⇒ suite autre page

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec le premier enfant (suite 2)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
<p>• "Je me disais que le petit gars qui ne participe pas à la garderie, il n'écouterait pas à l'école. Évidemment, moi je n'écouterais pas à l'école alors je suis persuadée que son pattern à lui c'est le mien. Je suis en train de me dire que peut-être qu'il faudrait qu'il suive des cours de religion, juste pour les études de texte (Carole étudie en études littéraires) S'il va en journalisme ou en...qu'il puisse comprendre les allusions qu'il y a dans les textes littéraires." (p.12, 3è entrevue sur la maternité actuelle)</p>	<p>⇒ suite de la page précédente : «Pis il l'a pris, pis il a marché avec, il l'a consolé, il lui a parlé pis tout ça pis moi je me suis désintéressée. Pis je me suis rapprochée de lui vers dix heures, pis c'est ça, j'ai voulu l'allaiter. » (p.6, 2è entrevue sur l'histoire)</p> <p>• "J'ai pas gardé cette impression de laideur là, c'est juste que j'ai été un peu choquée par la couleur, il était frippé, blanc et bleu, pas rose, il était tout gluant...pis aussi son regard...ça m'a pas fait peur mais je l'ai trouvé très vif pis je m'attendais pas à ça, il avait des p'tits yeux...j'ai vraiment eu l'impression qu'il me fixait. Pis il avait beaucoup beaucoup de cheveux très foncés...alors c'était vraiment euh...une petite bête là! J'ai été choquée, choquée..." (p.7, 2è entrevue sur l'histoire)</p>		<p>⇒ suite de la page précédente : « ..pour travailler pour nous faire manger moi pis lui pis ça, ça me désolait. Moi je voulais pas faire garder Philippe du tout parce que moi j'avais été gardée. » (p.10, 2è entrevue sur l'histoire)</p> <p>• « Là, s'il tend les bras, s'il pleure pour se faire prendre ben je le prends, je lui dis pas d'attendre parce que plus il pleure, plus ça m'irrite, plus je me fâche, plus je suis impatiente. Pis je remets le reste à plus tard, quand il sera couché." (p.13, 2è entrevue sur l'histoire)</p>

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec le premier enfant (suite 3)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
	<ul style="list-style-type: none"> Carole parle de la période post-natale : "J'étais traumatisée, il buvait tout le temps, tout le temps, tout le temps. Au moins son de toute façon je pensais qu'il voulait boire, alors j'ai été réveillée pendant une semaine. Au bout d'une semaine, j'étais en train de mourir, je n'en pouvais plus. Les six premiers mois ont été épouvantables, épouvantables...J'ai pas été mal à l'aise de dire que la maternité c'était pas facile, que c'était pas ce qu'on nous apprenait...j'étais déçue, aigrie..." (p.10, 2^e entrevue sur l'histoire). "Tout petit, avec Philippe, je voulais finir ce que j'avais commencé, pis après je vais m'occuper de toi." (p.13, 2^e entrevue sur l'histoire) 		<ul style="list-style-type: none"> En référence au fait que la mère de Carole est décédée : «J'ai tendance à ...m'imaginer ce qu'il pense ou penser pour lui, pour ses craintes. Je vais justement voir une psychologue pour enfants pour m'aider à trouver les mots justes. Parler de l'incinération me préoccupe. Je lui ai dit que l'âme de sa grand-mère s'était envolée et que le corps ne fonctionnait plus...et qu'à tous les soirs, parmi les étoiles qui brillaient, grand-maman était là." (p.10, 1^{ère} entrevue sur la maternité actuelle)

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec le premier enfant (suite 4)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>"Plus il attendait, plus il criait, plus je me fâchais, plus j'étais impatiente, pis je suis certaine que moins je l'aimais à cause de ça aussi. Je n'acceptais pas qu'il demande autant. Ça a créé des patterns, mais pas les bons. Maintenant quand il veut quelque chose, il chiâle. Si j'avais répondu à ses demandes tout de suite, il y aurait eu des oui, des non, au lieu de toujours avoir des non. Là je sens que c'est un petit garçon négatif, mais moi j'ai gardé le même comportement avec lui."</i> (p. 14, 2^e entrevue sur l'histoire) • <i>"Philippe a marché à 13 mois, je trouvais ça tard. Ça faisait quatre mois que j'avais hâte qu'il marche!"</i> (p. 16, 2^e entrevue sur l'histoire) 		<ul style="list-style-type: none"> • Carole a discuté avec Philippe du fait que son papa avait "changé de maison" quand elle était petite, dans l'idée de lui parler éventuellement de la séparation qu'elle envisage pour elle-même : <i>"Il s'est mis à pleurer abondamment en me disant : ton papa a changé de maison, c'est triste ça maman. Ayoyoe! J'ai trouvé ça très très triste, ça m'a beaucoup bouleversée... Je ne pensais pas que ce serait quelque chose qui le toucherait si profondément... Avec la réaction de Philippe, je ne peux pas demander à son père de partir, même deux semaines..."</i> (p. 1-2, 3^e entrevue sur la maternité actuelle)

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec le premier enfant (suite 5)	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
Fusionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • "J'avais beaucoup plus d'attentes par rapport à Philippe qu'avec Charles. Je voulais qu'il soit propre bien avant le temps, j'ai commencé à l'entraîner à seize mois. Je voulais qu'il mange tout seul bien avant le temps..." (p. 16, 2^e entrevue sur l'histoire) • "Je sens que Philippe fait de la manipulation, en ce sens que souvent il va me dire : tu m'as beaucoup manqué maman, je me suis beaucoup, beaucoup ennuyé de toi. Il me parle de ce qu'il a fait durant la journée et je lui dis : alors tu ne t'es pas ennuyé de moi, tu n'as même pas eu le temps de penser à moi! J'ai comme l'impression qu'il joue avec ça plus qu'il ne le vit." (p. 4, 1^{ère} entrevue sur la maternité actuelle) • J'interviens en lui disant qu'il est tout de même possible de penser que son fils s'ennuie d'elle parce qu'il la voit peu et est encore bien jeune : => suite autre page 		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec le premier enfant (suite 6)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
	<p>⇒ suite de la page précédente : <i>«Je ne peux pas croire qu'il puisse s'ennuyer de moi! On se voit à tous les jours! Je suis la présence quasiment immuable! »</i> (p.4, 1^{ère} entrevue sur la maternité actuelle)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>«A l'adolescence, je sais pas. Il faut que je commence tout de suite à travailler là-dessus pour moi, à l'accepter comme il est. S'il est passif comme son père, je vais avoir beaucoup de difficultés.»</i> (p.10, 2^e entrevue sur la maternité actuelle) • <i>«Je suis toujours fâchée particulièrement après Philippe, particulièrement... Tout ce dealage là, pour moi c'est une perte de temps qui me tue. Avoir à répéter quatre fois qu'il faut qu'on s'habille, ça me met vraiment en grande colère.»</i> (p.9, 2^e entrevue sur la maternité actuelle) 		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec le premier enfant (suite 7)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
	<p>• « Je n'ai pas encore réglé ce que j'allais chercher en thérapie, du point de vue de mon tempérament, ma colère facile, mon impatience. Cette semaine, j'ai répliqué quelque chose à Philippe : ferme-la! Et dans mon ton, c'était pas mal ma mère, mais ma mère ne s'adressait pas à moi comme ça, qui faisait : t'es ben naiseux. C'est ça qui sort...c'est ça qu'on entend et je ne contrôle pas ça. » (p.6, 3è entrevue sur la maternité actuelle)</p> <p>• "Avec Philippe c'était pire. Il pouvait pleurer de huit à onze heures le soir (vers dix-huit mois)...Je criais, j'en avais plein mon casque...j'étais écoeurée, écoeurée, écoeurée. J'en étais venue à me dire que je n'aimais pas cet enfant-là, il ne me laissait même pas mes soirées libres, c'était hallucinant. J'étais grugée de colère, de haine..." (p.8, 3è entrevue sur la maternité actuelle).</p>		

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec le premier enfant (suite 8)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
	<ul style="list-style-type: none"> • "Il a eu des jeux éducatifs pour sa fête, mais ça ne me tente jamais de jouer. Il me demande souvent : veux-tu jouer? Non, ça me tente pas. Finalement, ce n'est pas : là ça me tente pas, c'est : non j'aime pas ça faire ça, ça me tente pas un point c'est tout. J'en faisais quand il était petit, mais je me suis tannée". (p.14, 3è entrevue sur la maternité actuelle) 		

Total représentations de la relation avec le premier enfant : Fusionnelles : 5/30
 Rejetantes-abandonnantes : 16/30
 Mixtes : 1/30
 Distance appropriée : 8/30

16.7%
 53.3%
 3.3%
 26.7%

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec le deuxième enfant

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
<ul style="list-style-type: none"> • Suite au décès de sa mère, Carole raconte que par moments, elle berce son fils en lui chantant des chansons tristes. Je lui demande si elle croit qu'il peut ressentir sa tristesse de cette façon : "Il ressent sûrement la tristesse des chansons, mais il est très... je ne sais pas... je le berce pendant ce temps là, il ne bouge pas, il écoute, il a l'air bien. J'aime beaucoup ce moment là." (p.4, 3è entrevue sur la maternité actuelle) • "Charles était couché, on parle d'un petit gars de dix-huit mois, c'est long comme ça, couché sur le ventre, la tête accotée en train de feuilleter un livre d'images, j'ai trouvé ça super cute. J'étais là : wow! On est dans la bonne voie! Un p'tit intellectuel! J'étais contere." (p.12, 3è entrevue sur la maternité actuelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Si j'étais restée à la maison après l'accouchement, j'aurais été plus dépressive, mais j'ai commencé mes cours le bébé avait un mois. Alors je me suis complètement détachée de mon enfant à ce moment là, j'ai pas eu le temps d'être triste et dépressive." (Indice de Stress Parental) • "Pendant ma grossesse, pour lui, je n'ai pas du tout pris soin de mon alimentation ni de mon corps (p.5, 2è entrevue sur l'histoire) • "Je me suis pas occupé tellement de ma grossesse ni de lui dans mon ventre. Je lui ai pas parlé, j'étais occupée avec Philippe." (p.7, 2è entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Au tout début de grossesse, j'ai dit quelque chose de très méchant à mon conjoint, mais de très pensé, qui était pas vrai mais...c'était très manipulateur de ma part : je veux cet enfant là, mais si je revis ce que j'ai vécu à ma première grossesse (Carole se sentait très seule), je vais sûrement avoir envie de tuer cet enfant là." (p.8, 2è entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Charles, je réponds toujours à ses pleurs, alors je sais pas s'il pourrait pleurer longtemps..." (Indice de Stress Parental) • "Il n'y a pas de différence entre moi et mon conjoint. Il ne désire pas plus ma présence à moi." (Indice de Stress Parental) • "A l'accouchement, quand il est sorti, je l'ai tout de suite pris, je lui ai parlé, j'ai dit : "allo, je suis contente de te voir", c'était vraiment différent." (p.7, 2è entrevue sur l'histoire) • "Le deuxième ça a très bien été. J'ai allaité pendant trois semaines, ça m'a pris deux semaines pour sevrer complètement. Ça a très bien été pour le sevrage, j'étais surprise." (p.7, 2è entrevue sur l'histoire)

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec le deuxième enfant (suite)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
<ul style="list-style-type: none"> • "J'ai mis beaucoup d'emphasis sur le fait d'être entièrement prête pour la naissance, surtout que je savais que je rentrais à l'université trois semaines plus tard pis j'avais bien précisé à mon chum que j'allais pas remettre mes études à plus tard, je les remettais depuis assez longtemps, j'avais fait un choix définitif, j'y allais." (p.8, 2^e entrevue sur l'histoire) • "Ce fut très long avant d'avoir une montée de lait, parce que j'avais arrêté d'allaiter au premier... pour dire comment mon corps avait pas...s'était pas adapté à ça, cet enfant là." (p. 11, 2^e entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> • "À l'annonce de la grossesse, on était surpris, contents...pas sûrs...un p'tits peu fébriles, un p'tit peu contents que ça arrive comme ça parce que je sais pas combien de temps on aurait pris avant de faire un autre enfant. C'est sûr que ça aurait pas été cette année là. On venait juste d'acheter la maison, ma mère venait de m'acheter une voiture que je devais lui rembourser...c'était pas le temps mais...j'ai pensé me faire avorter à cause de notre situation financière quand j'ai su que j'étais enceinte." (p.9, 2^e entrevue sur l'histoire) 	<ul style="list-style-type: none"> • "Ça a super bien été, j'ai pas suivi d'horraire, j'ai donné du lait à la demande et puis ce petit bébé là suivait le rythme du reste de la famille..." (p.11, 2^e entrevue sur l'histoire) • "La plus belle période dans mes maternités, ça a été la naissance de Charles, parce que j'ai vraiment vécu la maternité comme je la voulais, dans un cadre familial calme, j'avais tout mon temps pour lui...j'étais vraiment prête par expérience à cause du premier, le fait qu'on soit dans une maison...il dormait dans le berceau dans ma chambre pis ça me dérangeait pas, j'étais très à l'aise avec ça, je me réveillais pas pour rien, j'étais beaucoup plus calme." (p.13, 2^e entrevue sur l'histoire) 	

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec le deuxième enfant (suite 2)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
	<ul style="list-style-type: none"> • "Là il crie, il pleure, il ne veut pas rester dans son lit. Il y a des soirs où carrément je ferme ma porte, je vais jusqu'au sous-sol, j'allume le son de la télé pour ne pas l'entendre. Des fois j'écoute et il a fini, ça a fini tout seul, ça dure quinze-vingt minutes. Ça me tente pas toujours de prendre le quinze-vingt minutes à chanter." (p.7, 3è entrevue sur la maternité actuelle) 		<ul style="list-style-type: none"> • "C'est beaucoup plus facile parce que j'ai l'expérience de son comportement. Ses réactions à Charles, je les prends pas toujours comme des tests, comme un affront, alors je suis pas en réaction agressive face à lui. Je suis beaucoup plus compréhensive, plus patiente, je le prends beaucoup plus facilement dans mes bras..." (p.13, 2è entrevue sur l'histoire) • "Je suis plus compréhensive, je le sais que ça va finir par passer les demandes, que c'est une période, qu'il va se détacher, que ce ne sera pas comme ça tout le temps." (p.14, 2è entrevue sur l'histoire) • "Quand Charles se fâche, au lieu de me fâcher, je suis très relax et on passe à travers cette petite colère là très facilement." (p.9, 2è entrevue sur la maternité actuelle)

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec le deuxième enfant (suite 3)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
			<ul style="list-style-type: none"> • "Je le trouve cute, j'en reviens pas, je suis tout le temps en train de le regarder, de lui placoter, j'en reviens pas comment on communique bien, il comprend tout ce que je lui dis... mais je ne tiens pas à ce qu'il reste comme ça pour autant (i.e petit)" (p. 14, 2è entrevue sur la maternité actuelle) • "Avec Charles, il n'y en a pas de problèmes. Quand je me fâche, ça ne dure pas longtemps et c'est une colère presque gérée et normale pour une maman je dirais. Je comprends plus son évolution, étant passée par là avec Philippe. Il rentre dans sa phase difficile, il va avoir deux ans bientôt, il commence à s'affirmer, mais je m'en fais beaucoup moins. Quand il s'énerve, généralement, je le laisse s'énerver tout seul." (p. 6, 3è entrevue sur la maternité actuelle)

Analyse qualitative de contenu (cotation) sujet no. 2 : Carole

Représentations de la relation avec le deuxième enfant (suite 4)

Fusionnelle	Rejetante-abandonnante	Mixte	Distance appropriée
			<ul style="list-style-type: none"> • "Des fois, je peux répondre à ses pleurs le soir, en allant le voir aux cinq minutes pour le caresser dans le dos ou en lui chantant des chansons en le berçant." (p.7, 3è entrevue sur la maternité actuelle)

Total représentations de la relation avec le deuxième enfant :

Fusionnelles :	2/22	9.1%
Rejetantes-abandonnantes :	6/22	27.3%
Mixtes :	2/22	9.1%
Distance appropriée :	12/22	54.5%

