



# **BULLETIN D'INFORMATION**

Numéro 21, janvier 2024

Ces bulletins d'information ont pour but d'apporter un éclairage sur certaines situations ou problématiques qui touchent la jeunesse en difficulté.

L'institut universitaire Jeunes en difficulté regroupe un ensemble de chercheurs et de professionnels qui contribuent au développement de connaissances et de pratiques sur la jeunesse en difficulté du Québec. Ses travaux portent sur les questions de maltraitance, de troubles de comportement, de délinquance, d'intégration sociale, ainsi que sur les pratiques professionnelles des acteurs qui œuvrent auprès des jeunes et des familles en difficulté.

Rédaction: Cassandra Préfontaine<sup>1</sup>, Lyne Desrosiers<sup>2</sup>











Intervenir auprès de parents présentant un trouble de personnalité limite



présence d'au moins 5 des caractéristiques suivantes: efforts désespérés pour éviter l'abandon, relations intenses et instables qui alternent entre idéalisation et dévaluation. image de soi instable, impulsivité dans au moins 2 domaines, des comportements ou menaces suicidaires ou automutilation, instabilité de l'humeur, sentiment chronique de vide, colère intense ou difficulté à contrôler sa colère, idées paranoïdes transitoires ou symptômes dissociatifs sévères. Les parents présentant un trouble de la personnalité limite sont fortement représentés dans les services pour les jeunes en difficulté, incluant les services de protection de la jeunesse (Laporte et al., 2018). Malgré cette forte présence, les services sont fréquemment inadaptés pour ces parents (Laporte, 2007). Les intervenants rapportent aussi vivre de grandes difficultés en tentant de les aider (Laporte et al., 2014).

Ce bulletin présente certains facteurs de vulnérabilité des parents vivant avec un trouble de personnalité limite pouvant interférer dans le développement de leurs compétences parentales. Il présente aussi un état des connaissances permettant de mieux comprendre comment les symptômes du trouble affectent les tâches parentales au quotidien et propose quelques pistes d'intervention utiles pour soutenir ces parents dans le développement de leurs compétences parentales.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Candidate au doctorat en science biomédicale à l'UQTR et ergothérapeute

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Candidate au doctorat en science biomédicale à l'UQTR et ergothérapeute

# TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE ET FACTEURS DE VULNÉRABILITÉS PARENTALES

Afin d'intervenir de façon sensible et efficace auprès de ces parents, il est nécessaire de comprendre les facteurs de vulnérabilité qui peuvent interférer dans le développement de leurs compétences parentales.

### VÉCU D'ABUS ET DE TRAUMAS DANS L'ENFANCE

Il est estimé que 91% des personnes présentant un TPL rapportent un vécu d'abus ou de maltraitance, généralement causé par un donneur de soins (Westphal et al., 2013). Cette situation nuit au développement de leurs compétences parentales notamment de deux façons :

- Elle augmente les risques de présenter des symptômes associés au TPL tels que l'instabilité des émotions, la dissociation ou les difficultés interpersonnelles. Les impacts de ces difficultés seront discutés dans la section suivante.
- Ces expériences adverses auprès des principales figures de soins dans l'enfance, notamment leurs parents, nuit à l'apprentissage de comportements parentaux sains pouvant servir de modèles sur lesquels s'appuyer pour exercer leur propre parentalité.

#### **ENVIRONNEMENT INVALIDANT**

Selon la théorie biosociale de Linehan (1993), les personnes ayant un TPL ont grandi dans un environnement invalidant, c'est-à-dire un environnement où l'expression des émotions est fortement jugée et réprimandée. Cela a pour conséquence d'interférer avec le développement des capacités à reconnaître et à réguler ses émotions. Ce type d'environnement peut être vécu comme traumatique et limite le développement des compétences de mentalisation puisque la personne apprend qu'elle ne peut faire confiance à ce qu'elle ressent et peut favoriser la dissociation lorsque l'autre exprime une émotion. Sans ces compétences, il est ensuite très difficile de soutenir à son tour son enfant dans ces apprentissages.

# FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Les difficultés des personnes ayant un TPL à réguler leurs émotions contribuent à des relations conflictuelles avec les proches et génèrent d'autres difficultés comme le fait de se retrouver plus souvent monoparental ou encore en couple avec un ou une partenaire instable ou présentant des comportements violents (Bouchard et Sabourin, 2009; Savard et al., 2022). Celles-ci sont souvent isolées sur le plan familial et ont généralement un réseau social pauvre (Beeney et al., 2018; Clifton et al., 2007). Les difficultés propres au TPL contribuent à ce qu'elles aient plus fréquemment un niveau d'éducation plus faible, un emploi plus précaire et vivent avec un faible revenu (Grant et al., 2008; Sansone et Sansone, 2012). Cette combinaison de facteurs engendre moins de soutien émotionnel, de répit et d'aide concrète dans leur rôle de parent et davantage de stress pour exercer la parentalité. En plus, ces personnes sont plus vulnérables au stress considérant les difficultés de régulation émotionnelle nommées précédemment. Le stress est un facteur de risque connu pour l'abus (Pauzé, 2019).

### STIGMATISATION DE LA PART DU RÉSEAU

Les personnes ayant un TPL sont reconnues comme faisant partie des groupes les plus stigmatisés par les intervenants (Knaak et al., 2015). Elles sont plus souvent blâmées pour leurs comportements et vivent plus souvent du rejet ou une fin hâtive des services psychosociaux offerts (Ferguson, 2016; Knaak et al., 2015). Elles ne peuvent donc pas toujours compter sur les services appropriés pour elles. Comme dans un cercle vicieux, puisqu'elles ont vécu plus fréquemment des expériences négatives de soin, elles sont davantage méfiantes face aux soins et services, ce qui constitue une barrière importante pour l'accès aux services.

# ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LES DIFFICULTÉS FONCTIONNELLES

Afin d'intervenir de manière appropriée auprès de ces parents, il est important de comprendre comment les symptômes du trouble affectent les tâches parentales au quotidien. Dans le cadre de notre thèse doctorale, nous avons donc effectué une recension de la littérature sur les difficultés fonctionnelles de ces parents. Les résultats de cette recension concernant trois tâches parentales sont résumés dans cette section.

### DIFFICULTÉS À RÉPONDRE AUX BESOINS DE BASE DE L'ENFANT

Les études recensées suggèrent que les difficultés de ces parents peuvent entraver la réponse à l'ensemble des besoins de base de l'enfant, dont l'alimentation, le sommeil ou encore l'hygiène et les soins de santé? (Bartsch et al., 2015, 2016; Chelbowski, 2013; Desrosiers et Laporte, 2018; Newman et Stevenson, 2008). À noter que ces articles ne décrivent pas une incapacité à réaliser les tâches en soi, mais plutôt à les effectuer au moment opportun et de façon constante. La compétence parentale ne s'évalue donc pas dans un moment de performance circonscrite, mais requiert d'être observée sur une période prolongée.

Concrètement, ces études rapportent la difficulté des parents ayant un TPL à prioriser la réponse aux besoins de leurs enfants avant leurs propres besoins parfois envahissants, ou encore, à tenir compte du rythme de l'enfant lors de la réalisation des soins et à interpréter avec justesse le besoin derrière le comportement de l'enfant. D'ailleurs, plusieurs parents expliquent que les pleurs des enfants leur causent un envahissement émotionnel pouvant aller jusqu'à des épisodes dissociatifs qui les empêchent de répondre aux besoins exprimés. Finalement, les hospitalisations fréquentes et les habitudes de consommation de certains parents peuvent les rendre indisponibles pour leurs enfants.

Un enfant ayant des besoins non répondus de façon répétés est sujet à développer des comportements pouvant être dérangeants pour le parent, notamment en augmentant l'intensité de sa demande (plus de cris et de pleurs, opposition accrue) pour obtenir une réponse. Par exemple, un enfant recevant insuffisamment d'attention de la part d'un parent indisponible émotionnellement peut frapper ou détruire des objets pour obtenir l'attention dont il a besoin. Il peut donc s'ensuivre une augmentation de la dysrégulation émotionnelle du parent et créer un cercle vicieux tel que le décrit le modèle transactionnel (Kiel et al., 2011).

# DIFFICULTÉS À OFFRIR DU SOUTIEN ÉMOTIONNEL ET DE LA STABILITÉ

Tel que mentionné précédemment, la non-reconnaissance et la discréditation des expériences émotionnelles vécues dans l'enfance font en sorte que ces parents présentent des difficultés à identifier et à gérer leurs émotions. Il est alors très difficile pour eux d'apprendre à un enfant à réguler ses propres émotions et à rester suffisamment calme devant les émotions de leurs enfants pour se montrer rassurant. Ces parents peuvent attribuer de fausses intentions à l'enfant et même s'identifier à l'émotion de l'enfant avec tellement de force qu'ils se retrouvent envahis. La colère de leurs enfants est identifiée comme une émotion particulièrement difficile à gérer pour eux, car elle est interprétée comme du rejet, ce qui active leur grande sensibilité à l'abandon.

En raison de leur impulsivité, ces parents ont de la difficulté à créer une routine stable et sécurisante pour leurs enfants. Cette impulsivité et leurs émotions changeantes peuvent également faire en sorte que les limites et la routine changent rapidement, en fonction de leur humeur, résultant en des incohérences sur le plan de la discipline pouvant compliquer l'adaptation de l'enfant au quotidien.





# DIFFICULTÉS À JOUER ET À S'ENGAGER DANS DES LOISIRS CENTRÉS SUR L'ENFANT

On observe chez ces parents des difficultés à jouer avec leur enfant pouvant être expliquées par différents facteurs. D'abord, plusieurs mères présentant un TPL rapportent ne pas avoir appris à jouer et ne pas avoir de modèle positif pour savoir comment jouer avec leur enfant (Dominguez et al., 2014; Newman et Stevenson, 2008). Le fait de devoir jouer avec l'enfant suscite aussi chez elles un fort sentiment d'injustice puisqu'elles n'ont pas eu la chance d'en faire l'expérience avec leur propre parent (Newman et Stevenson, 2008).

Ensuite, jouer avec un enfant est une activité plus complexe qu'il n'y paraît. Elle exige des compétences représentant des défis importants pour la personne ayant un TPL. En effet, le jeu nécessite une flexibilité cognitive, une capacité à se représenter la subjectivité de l'autre et à bien cibler le niveau développemental de l'enfant pour proposer un jeu adéquat. L'action de jouer demande aussi d'être spontanée et pleinement dans le moment présent. Plusieurs études montrent que des mères présentant un TPL semblent effacées verbalement et physiquement du jeu ou encore, à l'inverse, contrôlent le jeu sans laisser de place à l'enfant (Aidane et al., 2009; Wendland et al., 2014; Desrosiers and Laporte, 2018; Dominguez et al., 2014). D'autres part, la littérature suggère que leurs propositions de jeux à l'enfant étaient parfois inappropriées en fonction de son développement ou de ses intérêts (Wendland et al., 2014).

En sommes, la difficulté du parent ayant un TPL à se représenter les pensées et les émotions et à interpréter les messages non verbaux de l'enfant limite sa capacité à adapter le jeu à l'enfant, tant par rapport à son rythme, à ses intérêts qu'à ses capacités (Aidane et al., 2009; Dominguez et al., 2014; Newman et Stevenson, 2008; Wendland et al., 2014). Finalement, laisser l'enfant jouer librement implique aussi de le laisser explorer son environnement et de tolérer de ne plus être l'objet de son attention pour un certain temps (Dominguez et al., 2014), ce qui peut activer les craintes d'abandon chez le parent ayant un TPL.



#### PRATIQUES D'INTERVENTION

Afin de soutenir ces parents, il est nécessaire d'utiliser une approche sensible au trauma, d'intégrer les principes de la thérapie dialectique comportementale et de soutenir l'intervenant de façon continue.

#### APPROCHES SENSIBLES AU TRAUMA

Étant donné qu'une grande proportion des personnes ayant un TPL ont vécu des expériences à potentiel traumatique durant l'enfance (trauma complexe) et parce que l'expérience d'avoir un enfant peut engendrer une reviviscence traumatique, une approche sensible au trauma est incontournable<sup>3</sup>. Nous présenterons dans la section suivante 4 principes de l'approche sensible au trauma tel que décrit par le guide produit par le British Columbia Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council qui devraient être intégrés à l'intervention :



# 1. Comprendre le traumatisme et la violence ainsi que leurs répercussions sur la vie et le comportement des personnes

Il est crucial que les intervenants se montrent ouverts et sensibles face au vécu du parent et qu'ils considèrent comment ce vécu se répercute dans leur façon d'être parent. Avoir une attitude de nonjugement et tenter de comprendre l'intention noble et valide du parent qui se cache derrière le comportement sont des attitudes à privilégier. En effet, plusieurs comportements typiques des parents ayant vécu un traumatisme peuvent être interprétés par les intervenants comme un manque de motivation ou encore une absence d'amour du parent envers l'enfant. Blâmer le parent pour ces comportements peut les augmenter.

#### 2. Créer des environnements psychologiquement et physiquement sûrs

Lorsque les intervenants agissent pour favoriser le développement des compétences parentales, il est primordial qu'ils s'assurent d'offrir un contexte d'intervention protégeant la sécurité psychologique du parent et de l'enfant. Ce contexte peut être établi en mettant de l'avant ses compétences de savoir-être telles que l'écoute, ainsi qu'en misant sur une relation de confiance avec la famille. Le fait d'aborder les compétences parentales peut faire leur faire revivre des traumatismes de leur propre enfance en plus de susciter la peur d'être jugée et de perdre la garde de leurs enfants. Cela est d'autant plus important pour les intervenants œuvrant dans le cadre de la protection de la jeunesse puisque l'intervention peut, dans les faits mener au retrait de leurs enfants. De plus, ces interactions peuvent raviver des traumatismes reliés à leur propre parcours en protection de la jeunesse. En effet, 55% de ces parents ont reçu de tels services au cours de leur enfance (Laporte et al., 2018).

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Pour en connaître d'avantage sur les approches sensibles au trauma, nous vous invitons à consulter la série de capsule de sensibilisation au trauma complexe disponible au : <a href="https://capsuletrauma.com">https://capsuletrauma.com</a>

#### 3. Favoriser des possibilités de choix, de collaboration et d'établissement de connexion

L'intervention devrait se faire dans une perspective collaborative où le parent est à la base des décisions, particulièrement lors de l'établissement des objectifs d'intervention. Puisque les difficultés associées au TPL risquent de compliquer l'établissement d'une alliance thérapeutique stable (Laporte et al., 2014) et que l'établissement d'une relation où le client se sent en sécurité peut être vécu comme réparateur pour les personnes ayant vécu une expérience traumatique (British Columbia Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council, 2013), l'intervenant doit prendre le temps nécessaire pour développer cette relation et la réparer au besoin. L'intervenant devrait soutenir la capacité du parent à exprimer ses besoins et à être actif dans l'intervention, même lorsque le mandat de son intervention est centré sur les comportements de l'enfant.

#### 4. Offrir une approche basée sur les forces et le renforcement des capacités

L'évaluation des compétences parentales devrait également viser à identifier les forces du parent et les ressources dans son environnement. En effet, une approche basée sur les forces du parent permet de favoriser l'engagement du parent dans le processus d'intervention et de soutenir le développement de ses capacités adaptatives en plus de réduire les risques de retraumatisation par le système. Adopter un langage positif empreint d'espoir est une stratégie efficace pour soutenir le rétablissement (Commission de la santé mentale du Canada, 2009).

### LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE DIALECTIQUE

La TCD est une approche ayant démontré son efficacité auprès des personnes présentant un TPL (Heerebrand et al., 2021). Cette approche postule que les difficultés vécues par les personnes ayant un TPL sont déterminées par des difficultés sévères de régulation émotionnelle lesquelles engendrent des réponses comportementales inefficaces (Lynch et al., 2006). La théorie de l'intervention stipule que l'apprentissage d'habiletés spécifiques conduit à des réponses comportementales plus adaptées. Ces habiletés se déclinent en cinq groupes : la pleine conscience, l'efficacité interpersonnelle, la régulation des émotions, la tolérance à la détresse et la pensée dialectique.

Au Québec, elle a été adaptée afin de répondre spécifiquement aux besoins des parents dans le cadre du programme Mon enfant et moi<sup>4</sup>. Ce programme offre aux parents 8 séances de groupes leur permettant d'apprendre les habiletés de la thérapie comportementale dialectique appliquées au rôle parental. Au cours de ce programme, les parents apprennent à être en pleine conscience lorsqu'ils sont auprès de leurs enfants, à tolérer la détresse liée aux interactions avec l'enfant, à être plus efficaces dans leurs relations interpersonnelles et à réguler leurs émotions. Ce programme offre également aux intervenants les accompagnant une formation de 9 heures visant à adopter une perception plus positive de ces parents, à développer leurs compétences à engager et à valider le parent et à augmenter leur capacité à s'autoréguler en contexte d'intervention difficile.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Pour en connaître d'avantage sur le programme Mon enfant et moi, nous vous invitons à consulter le site web suivant : https://iujd.ca/fr/mon-enfant-et-moi

Le programme Mon enfant et moi a fait l'objet d'une évaluation auprès de 118 parents et 187 intervenants. Chez les parents, il a été possible de constater une amélioration significative de la capacité à mettre des limites à l'enfant et à contrôle ses émotions et ses réactions face aux comportements difficiles de l'enfant, une plus grande acceptation et moins de jugements des comportements de l'enfant, des meilleures stratégies pour réguler ses émotions lors des interactions avec l'enfant, une amélioration significative de la réceptivité à recevoir de l'aide et une diminution significative de l'intensité des caractéristiques du TPL. Plusieurs améliorations ont pu être notées chez les intervenants dont une amélioration des habiletés à réguler ses émotions en contexte d'intervention difficile, plus d'aisance à interagir avec les personnes présentant les caractéristiques du TPL et une meilleure alliance avec le parent présentant des caractéristiques du TPL.

# SOUTENIR L'INTERVENANT.E DE FAÇON CONTINUE

Les intervenants vivent régulièrement des difficultés dans l'accompagnement de cette clientèle (Aviram et al., 2006; Black et al., 2011; Bodner et al., 2011; Bourke et Grenyer, 2013; Richelieu, 2004; Treloar, 2009). Plusieurs estiment que les personnes ayant un TPL sont parmi les clientèles les plus difficile à aider (Cleary et al., 2002). Ces difficultés peuvent être amplifiées quand la personne est également un parent et que la sécurité de l'enfant doit être prise en compte. Les intervenants rapportent fréquemment de la détresse émotionnelle dans le cadre de leurs interventions (Bourke et Grenyer, 2013; Laporte et al., 2014), plusieurs se décrivent même comme étant près de l'épuisement professionnel (Dawson, 1988; Denis,

1990; Fonagy et Bateman, 2006; Grenier Gauvin et al., 2021; Lafleur et al., 2004; Laporte et al., 2014; Le Nestour et al., 2007; Villeneuve, 2006). Des réactions telles que la peur, l'anxiété, la colère (Laporte et al., 2014), le doute par rapport à ses compétences, le désespoir, le sentiment d'échec et de culpabilité (Laporte et Baillargeon, 2005; Laporte et al., 2014) et le désengagement du suivi avec cette clientèle peuvent être observées. De plus, les intervenants œuvrant auprès de ces parents se sentent souvent mal équipés face à cette clientèle et disposent de peu de soutien clinique s'appuyant sur des pratiques reconnues en matière de TPL.

La formation, la supervision et le soutien clinique continu sont donc nécessaires afin que l'intervenant demeure dans une posture favorable à l'intervention, d'une part pour le succès et l'efficacité de l'intervention et d'autre part pour le maintien du bien-être de l'intervenant. Une formation provinciale sur le TPL est en cours de développement à l'IUJD.



# CONCLUSION



En conclusion, considérant le contexte de vulnérabilité dans lequel évoluent les parents ayant un TPL de même que les difficultés inhérentes au TPL, il est nécessaire de les soutenir efficacement dans le développement de leurs compétences parentales. Pour ce faire, des interventions sensibles au trauma et basées sur la thérapie dialectique comportementale tel que le programme *Mon enfant et moi* pourrait être implantées de même qu'un soutien clinique continu pour les intervenants œuvrant auprès de cette clientèle.



# Références

Aidane, É., Wendland, J., Rabain, D. et Marie, P. (2009). Un suivi thérapeutique atypique: co-constructions thérapeutiques de la relation précoce d'une mère borderline et son bébé. *La Psychiatrie de l'Enfant, 52*(1), 131-166.

Aviram, R. B., Brodsky, B. S. et Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249-256.

Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M. et Proeve, M. (2015). Borderline personality disorder and parenting: Clinician perspectives. Advances in Mental Health, 13(2), 113-126. <a href="https://doi.org/10.1080/18387357.2015.1065554">https://doi.org/10.1080/18387357.2015.1065554</a>

Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M. et Proeve, M. (2016). Understanding the experience of parents with a diagnosis of borderline personality disorder. Australian Psychologist, 51(6), 472-480. <a href="https://doi.org/10.1111/ap.12174">https://doi.org/10.1111/ap.12174</a>

Beeney, J. E., Hallquist, M. N., Clifton, A. D., Lazarus, S. A. et Pilkonis, P. A. (2018). Social disadvantage and borderline personality disorder: A study of social networks. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(1), 62.

Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C. S., Phillips, K. A., Robins, C., Siever, L. et Silk, K. R. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. Cns Spectrums, 16(3), 67-74.

Bodner, E., Cohen-Fridel, S. et lancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. Comprehensive Psychiatry, 52(5), 548-555.

Bouchard, S. et Sabourin, S. (2009). Borderline personality disorder and couple dysfunctions. Current Psychiatry Reports, 11(1), 55-62.

Bourke, M. E. et Grenyer, B. F. (2013). Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 735-745.

British Columbia Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council. (2013). Trauma-Informed Practice Guide.

Chelbowski, S. M. (2013). The borderline mother and her child: a couple at risk. American Journal of Psychotherapy, 67(2), 153-164.

Cleary, M., Siegfried, N. et Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11 (3), 186-191.

Cleary, M., Siegfried, N. et Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11 (3), 186-191.

Clifton, A., Pilkonis, P. A. et McCarty, C. (2007). Social networks in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21(4), 434-441.

[Record #76 is using a reference type undefined in this output style.]

Dawson, D. F. (1988). Treatment of the borderline patient, relationship management. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 33(5), 370-374.

Denis, J.-F. (1990). Le problème des troubles de la personnalité en psychiatrie. The Canadian Journal of Psychiatry, 35(3), 208-214.

Desrosiers, L. et Laporte, L. (2018). Défis occupationnels des mères présentant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse. Recueil annuel en ergothérapie, 10.

Dominguez, S., Apter, G. et Devouche, E. (2014). Le suivi précoce d'une mère borderline et déprimée et de son bébé. L'interaction sous les regards croisés du clinicien et du chercheur. [Follow-up of a borderline and depressed mother with her infant: Looking at the interaction with both eyes of research and clinics.]. Devenir, 26(2), 81-103. https://doi.org/10.3917/dev.142.0081

Ferguson, A. (2016). Borderline personality disorder and access to services: a crucial social justice issue. Australian Social Work, 69(2), 206-214.

Fonagy, P. et Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. The British Journal of Psychiatry, 188(1), 1-3.

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J. et Pickering, R. P. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533.

Grenier Gauvin, N., Poitras, K., Laporte, L. et Desrosiers 1, L. (2021). Parents présentant un trouble de personnalité limite: perceptions, émotions et travail des intervenants psychosociaux. Revue Québécoise de Psychologie, 42(2), 47-67.

Heerebrand, S. L., Bray, J., Ulbrich, C., Roberts, R. M. et Edwards, S. (2021). Effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group for adults with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 77(7), 1573-1590.

Kiel, E. J., Gratz, K. L., Moore, S. A., Latzman, R. D., Tull, M. T., Kiel, E. J., Gratz, K. L., Moore, S. A., Latzman, R. D. et Tull, M. T. (2011). The impact of borderline personality pathology on mothers' responses to infant distress. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 907-918. https://doi.org/10.1037/a0025474

Knaak, S., Szeto, A. C., Fitch, K., Modgill, G. et Patten, S. (2015). Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design. Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 2(1), 1-8.

Lafleur, I., St-Onge, M., Rouleau, D., Tremblay, G. et Villeneuve, E. (2004). L'adaptation des services aux personnes ayant un trouble de personnalité limite: une nouvelle compréhension pour la faciliter. *Intervention*, 121, 61-66.

Laporte, L. (2007, 2007). A serious challenge for youth protection services: intervening with parents suffering from borderline personality disorder (BPD). [French] [Un defi de taille pour les centres jeunesse. Intervenir aupres des parents ayant un trouble de personnalite limite.]. Sante Mentale au Quebec, 32(2), 97-114.

Laporte, L. et Baillargeon. (2005). Le trouble limite de la personnalité chez les parents des enfants suivis par les services de protection de la jeunesse: un motif de compromission. Dans. 6e Symposium national sur la protection et le bien-être des enfants: Des enfants à protéger, des adultes à aider: deux univers à rapprocher.

Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I. et Desrosiers, L. (2014). Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse: Quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre. [Working with parents with borderline personality disorder in youth protection services: When suffering is combined with dismay.]. Revue de Psychoéducation, 43(2), 323-347.

Laporte, L., Paris, J. et Zelkowitz, P. (2018). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in mothers involved in youth protection services [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Personality & Mental Health*, 12(1), 49-58.

Le Nestour, A., Apter-Danon, G., Héroux, C., Mourgues, B. et Patouillot-Slatine, I. (2007). Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. [Borderline parenting and therapeutic help.]. La Psychiatrie de l'Enfant, 50(1), 125-177. https://doi.org/10.3917/psye.501.0125

Linehan, M. M. et Dexter-Mazza, E. T. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. Dans D. H. Barlow (dir.), Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-step treatment manual (4° éd.).

Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R. et Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 459-480.

Newman, L. et Stevenson, C. (2008, Oct). Issues in infant--parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder. Clinical Child Psychology & Psychiatry, 13(4), 505-514. <a href="https://doi.org/10.1177/1359104508096766">https://doi.org/10.1177/1359104508096766</a>

Pauzé. (2019). Carte conceptuelle de la négligence : état des connaissances et processus d'évaluation et d'intervention. Centre intégré universitaire en santé et services sociaux, Université Laval.

Richelieu, G. (2004). Réadaptation et troubles de la personnalité: défis et enjeux. Défi jeunesse, 3, 17-28.

Sansone, R. A. et Sansone, L. A. (2012). Employment in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(9), 25.

Savard, C., Gamache, D., Payant, M., Gagné-Pomerleau, É., Dompierre, R.-C., Maranda, J., Potvin, O., Verreault, M., Tremblay, M. et Roy, D. (2022). Violence conjugale commise et subie: profils personnologiques de personnes avec un trouble de personnalité limite. Sante Mentale au Quebec, 47(2), 69-93.

Treloar, A. J. C. (2009). A qualitative investigation of the clinician experience of working with borderline personality disorder. New Zealand Journal of Psychology (Online), 38(2), 30.

Villeneuve, C. (2006). L'intervention en santé mentale: le pouvoir thérapeutique de la famille. PUM.

Wendland, J., Brisson, J., Medeiros, M., Camon-Sénéchal, L., Serres, J., Cohen, D. et Rabain, D. (2014). Mothers with borderline personality disorder: Transition to parenthood, parent-infant interaction, and preventive/therapeutic approach [doi:10.1111/cpsp.12066]. 21, 139-153. https://doi.org/10.1111/cpsp.12066

Westphal, M., Olfson, M., Bravova, M., Gameroff, M. J., Gross, R., Wickramaratne, P., Pilowsky, D. J., Neugebauer, R., Shea, S. et Lantigua, R. (2013). Borderline personality disorder, exposure to interpersonal trauma, and psychiatric comorbidity in urban primary care patients. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 76*(4), 365-380.