

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

CARACTÉRISTIQUES ANTISOCIALES CHEZ LES MÈRES ADOLESCENTES ET
COMPORTEMENTS AGRESSIFS CHEZ LEURS ENFANTS : LE RÔLE DES ÉTATS
D'ESPRIT MATERNELS RELATIFS AUX RELATIONS D'ATTACHEMENT

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
DAVID JOUBERT

MAI 2006

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Le parcours doctoral, dont l'aboutissement est la présentation de la thèse, est un travail de longue haleine nécessitant maints efforts et sacrifices. Un tel parcours, cependant, ne saurait être l'œuvre que de l'étudiant lui-même. Le cheminement doctoral implique tout le réseau social de l'étudiant, y compris la famille immédiate, les amis, les collègues et les professionnels enseignants impliqués.

J'ai eu la chance de compter durant mes études sur un réseau de support exceptionnel, qui en grande partie m'a permis de mener à terme ce cheminement. Mes sincères remerciements vont tout d'abord à ma directrice de thèse, Ellen Moss, qui m'a toujours soutenu à-travers les difficultés inhérentes aux études graduées. Ellen est une personne dédiée à son travail et à ses étudiants, et elle représente certainement une inspiration à la réussite et aux accomplissements dans mon propre travail.

Merci également à Mark Zoccolillo, psychiatre, et Daniel Paquette, chercheur, pour le support apporté au projet. Les Drs. Zoccolillo et Paquette ont fourni une aide considérable à cette recherche, en donnant accès aux participants et en prenant le temps de me rencontrer afin de discuter des idées qui ont finalement donné lieu à la présente recherche. Leur générosité se doit d'être soulignée.

Un grand merci également à mes collègues du Centre d'Études sur l'Attachement et la Famille de l'UQAM pour leur support à-travers les années. J'aimerais adresser un merci particulier à Tania Mazzarello, qui a réalisé un travail impressionnant au niveau de la collecte des données, en plus d'être une source de support hors pair.

Merci à ma famille, mon père Gilles, ma mère Laurence et mes frères Simon et Philippe pour leurs encouragements constants. Tous les sacrifices réalisés par mes parents au cours des années ont grandement contribué à ma réussite, et m'inspirent à faire de même dans mon propre rôle en tant que parent.

Finalement, j'aimerais adresser des remerciements particuliers à ma conjointe Jennifer ainsi que ma fille Isabelle, qui ont pris part à mon parcours de façon très concrète. Ma famille constitue ma raison d'être et c'est votre présence qui m'a permis de grandir comme conjoint, père et personne. Sans vous, tout aurait été bien plus difficile.

RÉSUMÉ

La théorie de l'attachement suggère que la façon dont les relations d'attachement antérieures sont intériorisées constitue une influence majeure dans le développement de la personnalité (Bowlby, 1988). L'agression persistante et l'antisocialité sont des phénomènes ayant été liés à des perturbations au niveau de l'attachement (Bowlby, 1973; Greenberg, Speltz, DeKlyen, & Endriga, 1991). Les recherches existantes suggèrent l'importance des modèles internes opérants de l'attachement dans le développement de l'antisocialité et de l'agression, à la fois chez l'enfant et l'adulte. Un lien a ainsi été démontré entre l'insécurité de l'attachement et les tendances antisociales ou oppositionnelles (Greenberg, Speltz, & DeKlyen, 1993 ; Renken, Egeland, Marvinney, Mangelsdorf, & Sroufe, 1989). Peu d'études, cependant, ont examiné le lien potentiel entre l'attachement chez le parent et l'agressivité ou l'antisocialité chez l'enfant. Par ailleurs, peu d'études ont examiné les liens entre les états d'esprit relatifs aux relations d'attachement antérieures et l'antisocialité, particulièrement chez les femmes. Étant donné les résultats de recherche documentant une transmission inter-générationnelle importante de l'agression et l'antisocialité (Raine, 1997), il importe d'obtenir une meilleure compréhension des états d'esprit du parent relatifs à l'attachement en tant que modérateurs potentiels d'une telle transmission. Pour ce faire, la présente étude examina les liens entre le profil d'attachement montré par la mère, ses antécédents d'antisocialité, et les comportements agressifs chez l'enfant. Des relations significatives entre l'insécurité de l'attachement et les variables reliées à l'antisocialité et l'agressivité étaient attendues. En outre, une hypothèse suggérait que la sécurité de l'attachement chez la mère diminuerait le risque de transmission inter-générationnelle de l'antisocialité, alors que l'insécurité de l'attachement augmenterait ce risque. Quarante-cinq (45) jeunes mères (âge médian : 23 ans) et leurs enfants âgés de 4 à 8 ans participèrent à l'étude. L'attachement chez la mère fut mesuré à l'aide de l'*Adult Attachment Projective* (AAP ; George, West, & Pettem, 1997). Les antécédents d'antisocialité chez la mère furent mesurés à partir d'un questionnaire utilisé dans l'Étude Longitudinale sur le Développement des Enfants du Québec (Zoccolillo et al., 2003), ainsi qu'avec une version modifiée de l'*Antisocial Process Screening Device* (Frick & Hare, 2002). Les comportements agressifs chez les enfants furent évalués au moyen d'un instrument complété par la mère, incluant les items du questionnaire de Dodge & Coie (1987) ainsi que ceux comprenant l'échelle d'agressivité du *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1991). Les analyses utilisées comprenaient des corrélations simples, des analyses de variance et covariance, et des analyses de regroupement. Les résultats obtenus suggèrent principalement que : 1) la présence d'un patron d'attachement Préoccupé chez la mère est positivement associé à ses antécédents d'antisocialité et au niveau d'agressivité démontré par l'enfant, et 2) l'attachement Préoccupé chez la mère joue un rôle modérateur du lien entre l'antisocialité maternelle et l'agressivité chez l'enfant. De façon plus précise, le lien entre antisocialité maternelle et agressivité chez l'enfant est accru dans un contexte d'attachement Préoccupé chez la mère. Ces résultats confirment en partie l'importance des états d'esprit de la mère concernant ses propres relations d'attachement antérieures dans son adaptation ainsi que l'adaptation de son enfant. Cependant, les limites

méthodologiques inhérentes à la présente recherche incitent à la prudence dans l'interprétation des résultats. Les recherches futures, notamment celles utilisant un devis longitudinal, devraient permettre de mieux cerner le rôle de l'attachement chez la mère dans le développement des caractéristiques antisociales, autant chez la mère elle-même que chez son enfant.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	iii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : Cadre conceptuel.....	5
1.1 Conduites antisociales et agressives : Genèse et manifestations.....	6
1.2 Les jeunes mères et leurs enfants comme population à risque.....	12
1.2.1 <i>Jeunes mères et risque psychosocial</i>	12
1.2.2 <i>Importance des caractéristiques antisociales chez les pères d'enfants de mères adolescentes</i>	15
1.2.3 <i>Ajustement psychosocial des enfants de jeunes mères</i>	17
1.3 Attachement et modèles internes.....	26
1.3.1 <i>Concepts de base</i>	26
1.3.2 <i>Différences individuelles</i>	28
1.3.3 <i>Attachement et interactions mère-enfant</i>	29
1.3.4 <i>Attachement chez l'adulte</i>	31
1.3.5 <i>Attachement chez des populations cliniques</i>	42
1.3.6 <i>Attachement chez les jeunes mères et leurs enfants</i>	46
1.4 Attachement et comportements antisociaux.....	50
1.5 Questions et hypothèses de recherche.....	55
CHAPITRE II : Méthode.....	58
2.1 Sujets.....	59
2.2 Procédure.....	62
2.3 Mesures.....	65
2.3.1 <i>Caractéristiques socio-démographiques</i>	65
2.3.2 <i>Caractéristiques antisociales chez la mère et le père biologique</i>	66
2.3.3 <i>Attachement chez la mère</i>	69
2.3.4 <i>Comportements agressifs chez l'enfant</i>	71
2.4 Devis de recherche et analyses statistiques.....	73

CHAPITRE III : Résultats.....	77
3.1 Analyses préliminaires.....	78
3.2 Lien entre antisocialité chez les parents et comportements agressifs chez l'enfant.....	81
3.3 Lien entre l'attachement et l'antisocialité chez la mère.....	84
3.4 Attachement chez la mère et comportements agressifs chez l'enfant.....	86
3.5 Rôle de l'attachement comme modérateur du lien entre antisocialité maternelle et comportements agressifs chez l'enfant.....	87
CHAPITRE IV : Discussion.....	92
4.1 Sommaire et discussion des résultats.....	93
4.1.1 Antisocialité chez la mère et comportements agressifs chez l'enfant.....	93
4.1.2 Attachement chez la mère et antisocialité maternelle.....	97
4.1.3 Attachement chez la mère et agressivité chez l'enfant.....	103
4.1.4 Attachement chez la mère et transmission inter-générationnelle de l'antisocialité.....	108
4.2 Limites de l'étude.....	110
4.3 Résumé et implications des résultats.....	115
RÉFÉRENCES.....	125
APPENDICE A : Formulaire de consentement.....	153
APPENDICE B : Questionnaire Socio-démographique.....	158
APPENDICE C : Questionnaire ELDEQ (mères).....	178
APPENDICE D : Antisocial Process Screening Device.....	181
APPENDICE E : Questionnaire sur les comportements de l'enfant.....	187

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : <i>Caractéristiques socio-démographiques des participants.....</i>	63
Tableau 2 : <i>Analyse de regroupements : Profils d'antisocialité pour les jeunes mères.....</i>	79
Tableau 3 : <i>Analyse de regroupements : Profils d'antisocialité pour les pères.....</i>	80
Tableau 4 : <i>Coefficients de corrélation : Dimensions des caractéristiques antisociales chez la mère et comportements agressifs chez l'enfant.....</i>	83
Tableau 5 : <i>Analyses de covariance : Attachement et dimensions de l'antisocialité chez la mère.....</i>	85
Tableau 6 : <i>Analyses de covariance : Comportements agressifs en fonction de l'attachement maternel, en contrôlant pour l'antisocialité du père et l'âge de la mère au premier enfant.....</i>	87
Tableau 7 : <i>Analyses de covariance : Effet simples et d'interaction (modération) pour les comportements agressifs de l'enfant en fonction de l'antisocialité maternelle et de l'attachement chez la mère.....</i>	90

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : <i>Graphique des moyennes ajustées pour l'agressivité réactive chez l'enfant en fonction du patron d'attachement chez la mère et de ses antécédents antisociaux.....</i>	91
Figure 2 : <i>Graphique des moyennes ajustées pour l'agressivité proactive chez l'enfant en fonction du patron d'attachement chez la mère et de ses antécédents antisociaux.....</i>	91

INTRODUCTION

Introduction

L'agressivité et la violence chez les jeunes constituent des problèmes sociaux majeurs pour l'ensemble des sociétés occidentales. À tort ou à raison, la perception du public semble être que les enfants deviennent graduellement plus violents, et ce de plus en plus tôt dans leur développement (Children's Defense Fund, 1997). Par ailleurs, les comportements violents constituent une proportion significative des actes criminels commis par des mineurs chaque année, impliquant des coûts sociaux importants (Ministère de la Justice, Canada, 1999). Aux États-Unis, les comportements violents ou antisociaux constituent entre 30 et 50 % des consultations en santé mentale pour des enfants ou des adolescents (Kazdin, 1987).

Les travaux de recherche portant sur le phénomène des conduites agressives ont permis d'identifier un ensemble de facteurs sociaux, contextuels et individuels qui contribuent au développement et au maintien de comportements agressifs problématiques chez les jeunes. Le développement des connaissances portant sur les origines possibles des comportements agressifs chez les jeunes s'avère d'une importance cruciale, non seulement à cause de la préoccupation sociale entourant ce phénomène, mais également parce qu'une gestion efficace de ce problème dépend en grande partie de l'identification des trajectoires développementales qui mènent à son apparition.

Les variables portant sur la relation parent-enfant occupent une place importante parmi les facteurs de développement et de maintien des conduites agressives, tels qu'identifiés dans la littérature. Par exemple, des auteurs tels que Patterson (Patterson, DeBaryshe, & Ramsey, 1989) ont ainsi mis en cause une discipline parentale inconsistante ou excessive, une sous-implication des parents auprès de l'enfant, et des

interactions parent-enfant de nature coercitive ou abusive en tant que facteurs pouvant conduire au développement de comportements agressifs chez le jeune. Cependant, bien que la dynamique particulière des relations parent-enfant dans les cas de problèmes d'agressivité ait été documentée, les processus par lesquels ces interactions en viennent à contribuer à l'apparition de comportements agressifs problématiques sont encore mal compris.

La présente recherche visera à situer le problème des comportements agressifs dans le cadre de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1982), en portant une attention particulière au rôle des représentations internes des relations d'attachement antérieures chez la mère. Les auteurs contemporains en attachement (p.ex., Main, 1995) mettent l'accent sur l'importance des représentations internes qui se développent à partir des interactions avec les figures d'attachement dans l'enfance. Ces représentations, organisées en système, jouent un rôle crucial dans la formation de l'identité ainsi que l'interprétation des situations interpersonnelles et l'ajustement social. Elles se révèlent particulièrement importantes dans le cadre de la relation de donneur de soins par rapport à l'enfant. Par conséquent, des difficultés au niveau de la relation d'attachement avec les figures parentales sont susceptibles d'avoir des conséquences importantes pour ce qui est de la relation d'attachement parent-enfant actuelle, et par extension, sur l'ajustement social de l'enfant (Weinfield, Sroufe, Egeland, & Carlson, 1999).

Le lien entre les représentations internes des relations d'attachement et les comportements antisociaux et agressifs fera donc l'objet de la présente recherche. Plus spécifiquement, la relation entre l'attachement et le profil d'antisocialité sera d'abord examiné chez un échantillon à risque composé de mères adolescentes. Par la suite, le lien

entre les représentations maternelles des relations d'attachement et l'agressivité chez l'enfant sera évalué. Finalement, le rôle de l'attachement comme variable modératrice pouvant influencer l'association attendue entre l'antisocialité maternelle et l'agressivité chez l'enfant sera testé empiriquement. Les données obtenues devraient permettre de mieux documenter le rôle des états d'esprit de la mère en regard des relations d'attachement en tant que facteur de risque ou de protection quant au développement de l'antisocialité, à la fois chez la mère et chez l'enfant.

Les sections initiales de ce travail porteront respectivement sur le cadre théorique et les aspects méthodologiques qui permettront d'apporter une réponse aux questions proposées. Les sections suivantes chercheront à décrire les résultats obtenus et discuter leur validité ainsi que leur pertinence en fonction des questions de recherche retenues. Au terme de ce travail, des suggestions seront faites quant à l'importance potentielle des résultats pour l'intervention ainsi que la recherche future.

CHAPITRE 1

CADRE CONCEPTUEL

Cadre conceptuel

La présente section aura pour objectif de présenter les bases théoriques sous-tendant les hypothèses de recherche développées dans le cadre de cette étude. Pour ce faire, un résumé des travaux pertinents au thème des conduites antisociales et agressives sera d'abord présenté. La population à l'étude, soit les jeunes mères et leurs enfants, sera décrite dans sa pertinence avec le champ d'intérêt de l'étude. Par la suite, le modèle théorique de l'attachement sera abordé dans ses manifestations au niveau de différents groupes d'âge (enfants et adultes), ainsi qu'au niveau des populations cliniques. Finalement, le rôle potentiel de l'attachement dans le développement des conduites antisociales et agressives sera exploré plus en détail, processus qui aboutira à l'élaboration de questions et d'hypothèses de recherche propres à la présente recherche.

1.1 Conduites antisociales et agressives: Genèse et manifestations

Bien que les comportements agressifs, antisociaux et oppositionnels chez les enfants soient généralement considérés de façon négative, il importe tout d'abord de souligner que les comportements agressifs en soi constituent l'expression de besoins normaux chez les enfants de différents groupes d'âge. Par exemple, des manifestations d'agressivité dite « territoriale » (p. ex. : s'approprier un objet désiré en interdisant l'accès aux autres enfants) chez un jeune enfant de 2 ans représentent une étape normale du processus de socialisation, dont l'expression doit cependant être modérée par des interventions parentales appropriées (Leland-Benham, 2000). Un élément important concernant les comportements agressifs chez les jeunes fait donc référence à l'aspect normatif versus « mésadapté » ou « pathologique » de ces comportements. À ceci

s'ajoute un problème de définition : les auteurs en psychologie du développement ne s'entendent pas nécessairement sur ce qui constitue un « comportement agressif ».

Les recherches et travaux récents portant sur le phénomène de l'agression et la violence peuvent cependant apporter des éléments de réponse permettant de solutionner en partie les problèmes mentionnés ci-haut. Ainsi, comme mentionné par Shaw, Gilliom, et Giovanelli (2000), des évidences existent suggérant la présence d'un syndrome particulier caractérisé par des comportements agressifs, et ce pour l'ensemble des groupes d'âge. Tout d'abord, les enfants ne montrant pas de comportements agressifs problématiques durant la petite enfance ne sont pas susceptibles de développer de tels problèmes plus tard dans leur vie. Par ailleurs, les prédicteurs des comportements agressifs à l'enfance sont de façon générale les mêmes qu'à l'adolescence (Shaw, Keenan, & Vondra, 1994). Finalement, des formes très différentes d'actes agressifs (par exemple, hostile-réactif versus instrumental-proactif) peuvent être observées dans les différents groupes d'âge (Maccoby, 1980).

La plupart des études réalisées indiquent une stabilité des comportements agressifs s'accroissant de façon inverse à l'âge des enfants considérés (Cummings, Ianotti, & Zahn-Wexler, 1989 ; Patterson, 1982). En d'autres mots, plus les comportements agressifs mésadaptés apparaissent tôt, plus ils sont susceptibles de persister dans le développement de l'individu et, par extension, plus ils sont résistants à l'influence d'éléments extérieurs. Des conduites hostiles et agressives apparaissant vers la fin de l'enfance ou durant l'adolescence ont généralement moins tendance à persister de façon chronique. Par contre, des enfants présentant un risque élevé de développement d'un Trouble des Conduites sévère peuvent généralement être identifiés assez tôt dans

leurs développement. Dans une étude longitudinale récente comprenant 572 familles ayant un enfant âgé de 5 mois, Tremblay et collègues (2005) utilisèrent des techniques de modélisation semi-paramétriques pour identifier des groupes d'enfants distincts sur la base de l'évolution de leurs conduites agressives de 5 à 42 mois. Les chercheurs identifièrent 3 groupes, dont le premier (28 %) présentant une absence relative de comportements agressifs, le deuxième (58 %) démontrant une trajectoire ascendante de comportements agressifs de sévérité moindre, et le troisième (14 %) démontrant une trajectoire fortement ascendante de comportements agressifs plus fréquents et sévères. De façon prévisible, le troisième groupe se caractérisait des autres par un environnement défavorisé, moins de ressources matérielles, moins de stabilité au niveau familial, ainsi que la présence d'une mère présentant des comportements antisociaux durant sa propre enfance, ayant eu une première grossesse à l'adolescence, et ayant ont consommé de la nicotine de façon régulière durant leur grossesse.

Les travaux portant sur les éléments prédicteurs du développement et de l'évolution des conduites agressives chez les enfants se regroupent en 4 domaines principaux : 1) le tempérament et la personnalité de l'enfant, 2) les attributs et caractéristiques propres aux figures parentales, 3) la nature des interactions parent-enfant, et 4) les facteurs de stress au niveau familial. Les résultats des recherches conduites jusqu'à présent ne fournissent qu'un support mitigé quant au rôle d'un « tempérament difficile » dans le développement de l'agressivité chez l'enfant (Belsky, Hsieh, & Crnic, 1998). Par contre, des recherches récentes ont établi un lien entre un niveau élevé d'agressivité et des comportements de recherche d'attention persistents, ainsi qu'une tendance à répondre aux frustrations par l'expression de colère intense et prolongée

(Cole, Michel, & Teti, 1994). Il semble, par ailleurs, que l'impact d'un tempérament de ce type ne soit évident que pour une minorité d'enfants ou d'adolescents pouvant être considérés comme fortement antisociaux (Frick & Morris, 2004 ; Morizot & Vitaro, 2003). Il faut par contre noter que les recherches réalisées à date ne renseignent que peu sur les processus ou vulnérabilités spécifiques pouvant expliquer de quelle façon un tempérament difficile peut contribuer au développement de l'antisocialité chez l'enfant.

Le rôle des traits de personnalité chez les parents dans le développement des problèmes d'agressivité a également reçu un certain support dans la littérature. Plus spécifiquement, il a été proposé que la mésadaptation sociale peut être transférée de parent à enfant entre autre de façon héréditaire. Chez les enfants plus âgés, un lien entre la présence de caractéristiques antisociales chez les enfants et les parents biologiques a été observé (Robins, West, & Herjanic, 1975 ; Shaw, Winslow, Owens, & Hood, 1998), lequel peut être expliqué par la transmission génétique de traits spécifiques tels que l'impulsivité et une faible tolérance à la frustration (Raine, 1997). Il faut cependant préciser que le lien observé entre la criminalité parentale et l'agressivité chez l'enfant est habituellement de magnitude relativement modeste ($r = 0,15$ à $0,25$). Les troubles de l'humeur chez les parents, pour lesquels la composante génétique de l'étiologie est bien établie (Paris, 1999), ont aussi été liés aux comportements agressifs chez les enfants dans quelques études. En effet, les mères d'enfants agressifs tendent à rapporter davantage de sentiments dépressifs que les mères d'enfants non-agressifs (Campbell, 1994 ; Mash & Johnston, 1983). Malheureusement, les études réalisées ne permettent pas de conclure à un effet de transmission héréditaire dans ce cas, puisque la dépression maternelle pourrait

être en partie attribuable aux problèmes de comportement du jeune, aux interactions parent-enfant négatives et au stress qui en résultent.

Un autre type de facteur de risque favorisant le développement de problèmes d'agressivité chez les enfants fait référence aux différents stressseurs pouvant affecter le système familial ainsi que l'enfant lui-même. L'effet additif de stressseur multiples dans le contexte familial a particulièrement été mis en cause en tant qu'élément favorisant l'apparition et le maintien de comportements agressifs problématiques chez les enfants (Zeanah, Boris, & Scheeringa, 1997). Par exemple, les stress affectant directement ou indirectement l'ajustement maternel, le climat familial et la qualité de la relation conjugale ont montré une association significative avec le niveau d'agressivité chez les enfants (Sanson, Oberklaid, Pedlow, & Prior, 1991). D'autres stressseurs spécifiques, tels que la violence dans le milieu familial, et généraux (conditions socio-économiques défavorables, support social) constituent aussi des facteurs de risque importants (Shaw et al., 1998), bien qu'il soit extrêmement difficile de distinguer les influences spécifiques (génétique, relationnelle, contextuelle, etc.) expliquant ces liens.

Les progrès réalisés dans le domaine de la psychologie du développement ont contribué à créer un regain d'intérêt de la part des chercheurs concernant le rôle des interactions parent-enfant dans l'étiologie des problèmes d'agressivité chez les enfants. Plusieurs recherches longitudinales (McCord, 1979 ; Robins, 1966 ; Sampson & Laub, 1993) mettent en évidence l'importance de la structure, de la consistance des pratiques disciplinaires, et de la supervision en tant que facteurs diminuant le risque de développement de conduites agressives. Par exemple, dans une étude de LeBlanc (1992) réalisée auprès d'un échantillon d'adolescents recrutés dans les écoles secondaires de

Montréal, le degré d'investissement du parent dans la relation avec le jeune était associé aux comportements délinquants (mais pas nécessairement agressifs). Dans le même ordre d'idées, Kolvin, Miller, Fleeting, & Kolvin (1988) mettent l'accent sur l'importance de la qualité des soins prodigués par les figures parentales, ainsi que leur capacité à exprimer de l'affection pour l'enfant.

Les recherches réalisées jusqu'à présent permettent donc de documenter la nature des difficultés au niveau des relations parent-enfant qui tendent à accompagner le développement et le maintien de comportements agressifs chez ce dernier. Plus spécifiquement, les interactions entre les figures parentales et l'enfant agressif peuvent être caractérisées par un certain désengagement du parent à l'égard de l'enfant, ainsi que par une incapacité à structurer le milieu de vie du jeune. Ces difficultés peuvent en partie être attribuables à l'impact de caractéristiques propres aux parents eux-mêmes (p. ex. : traits antisociaux), lesquels peuvent découler de l'influence de facteurs étiologiques divers, ou encore à la présence de conditions adverses : pauvreté, dépendance sociale, niveau d'éducation moindre, insatisfaction conjugale, faible support social.

Cependant, les processus par lesquels de tels facteurs exercent leur influence sur le comportement de l'enfant sont encore mal compris. En particulier, les mécanismes par lesquels les différents facteurs de risque sont liés aux caractéristiques de l'enfant (p. ex. : tendance aux attributions externes, distorsions cognitives, impulsivité) donnant lieu à l'adoption de comportements antisociaux doivent être mieux identifiés. Par ailleurs, les conditions dans lesquelles les conduites antisociales et agressives se transmettent de parent à enfant doivent être mieux comprises. Cette démarche peut, entre autre, impliquer l'examen de variables modératrices ou médiatrices du lien entre les conduites antisociales

chez le parent ainsi que chez l'enfant. Dans le cas des variables dites « modératrices », leur importance tient au fait que leur présence (ou absence) peut contribuer à l'établissement d'un « terrain propice » à la transmission inter-générationnelle des comportements-problèmes. Dans le cas d'une transmission effective de parent à enfant, elles peuvent également contribuer à maintenir le problème. Alors que les variables médiatrices décrivent le processus par lequel un problème est transmis entre les générations, l'étude des variables modératrices permet de documenter certaines *conditions* dans lesquelles cette transmission prend place. Le rôle de l'attachement chez la mère comme variable pouvant servir de milieu susceptible de favoriser ou prévenir la transmission de l'antisocialité de mère à enfant fera l'objet de la présente recherche, et ce pour une population de mères adolescentes et leurs enfants.

1.2 Les jeunes mères et leurs enfants comme population à risque

1.2.1 *Jeunes mères et risque psychosocial*

Les difficultés rencontrées par les jeunes mères dans leur vie quotidienne sont bien documentées. Les mères adolescentes, en tant que groupe, tendent à appartenir à un niveau socio-économique nettement désavantagé (Moffitt, 2002). Elles présentent souvent des difficultés d'ordre relationnel avec leur famille d'origine, bénéficient de moins de support et montrent un réseau social moindre que les mères adultes (Wasserman, Brunelli, & Rauh, 1990). En outre, les jeunes mères semblent davantage à risque de démontrer des problèmes de santé mentale, tels que le Trouble des Conduites (Zoccolillo, Meyers, & Assiter, 1997), le Trouble Dépressif (Horwitz et al., 1996) ainsi que l'Abus de Substance, souvent accompagné de plusieurs autres formes de comportements à risque (Kissman, 1998). Les expériences d'abus dans l'enfance,

particulièrement l'abus sexuel, seraient davantage prévalentes dans ce groupe (Fiscella et al., 1998; Noll, Trickett, & Putnam, 2003). Par ailleurs, des recherches récentes suggèrent que certaines caractéristiques pré-existantes (p.ex. : présence de traits antisociaux) pourraient contribuer à la fois au fait que des jeunes femmes deviennent enceintes avant l'entrée à l'âge adulte, et se retrouvent en situation défavorable quant à leur conditions de vie (Jaffee, 2002). En d'autres termes, selon ces données, les difficultés rencontrées par la mère adolescentes seraient en partie fonction de caractéristiques individuelles propres à la mère, en termes de psychopathologie, personnalité, tempérament, etc.

Il importe par contre de noter l'hétérogénéité importante qui caractérise les mères adolescentes en tant que groupe, et ce à plusieurs niveaux. Une telle hétérogénéité se reflète dans la grande variation observée dans les niveaux de fonctionnement démontrés par ces jeunes mères, plusieurs d'entre elles s'avérant capables d'établir une certaine stabilité pour elles et leurs enfants, par exemple en complétant leur scolarité ou en établissant un réseau social sain et supportant (Miller-Johnson et al., 1999). Il va sans dire que la transition entre l'adolescence et l'âge adulte est susceptible d'être plus difficile pour plusieurs mères adolescentes comparé à l'ensemble des mères d'âge adulte, dû entre autre au manque de ressources matérielles, financières et sociales, en plus de caractéristiques propres à la mère elle-même qui peuvent diminuer sa capacité d'adaptation et son développement psychologique. Cependant, il ne fait aucun doute qu'une proportion substantielle de mères adolescentes parviennent éventuellement à atteindre un niveau de fonctionnement comparable à celui des mères d'âge adulte. C'est peut-être en raison de cette hétérogénéité que les chercheurs dans le domaine s'intéressent maintenant davantage aux facteurs prédisant le niveau de fonctionnement

des mères adolescentes, plutôt que d'examiner les différences entre cette population et les mères d'âge adulte.

Par exemple, Oxford et collègues (2005) évaluèrent différents profils d'ajustement pour des mères adolescentes sur une période de 12 ans. Les auteurs identifièrent un groupe restreint (15 %) de mères adolescentes démontrant des problèmes majeurs dans plusieurs sphères de fonctionnement, incluant l'éducation, le travail, la santé physique et mentale, les relations avec les conjoints, la consommation de substances, et l'ajustement social en général tel que mesuré par un indice de criminalité. Le risque de psychopathologie, particulièrement sous la forme d'antisocialité et d'abus de substances, était nettement élevé pour ce groupe. Un deuxième groupe, constituant 42 % des sujets, était caractérisé par des niveaux modérément élevés de détresse rapportée, de consommation de nicotine, d'instabilité dans le milieu de vie, et d'insatisfaction avec leurs relations de couple, sans toutefois de psychopathologie ou de problèmes d'ajustement majeurs. Un troisième groupe, comprenant 43 % des mères, était caractérisé par un niveau de fonctionnement adéquat pour l'ensemble des domaines évalués.

En dernier lieu, les relations interpersonnelles des jeunes mères sont un thème qui a reçu beaucoup d'attention de la part des chercheurs, notamment en ce qui à trait aux interactions avec les enfants ainsi que les conjoints. Les recherches ont démontré que les mères adolescentes, en tant que groupe, ont tendance à établir des liens avec des partenaires souvent peu investis dans la relation, et par conséquent les relations de couple de ces mères démontrent peu de stabilité (Kalil, Zioli-Guest, & Coley, 2005). Cependant, il semble qu'une grande variabilité parmi les mères adolescentes existe au niveau de la qualité de la relation de couple et de la stabilité des partenaires, et que cette variabilité

soit en partie modérée par le degré d'investissement de la famille d'origine de la mère. Plus spécifiquement, les mères adolescentes qui maintiennent des contacts positifs avec leur propre mère sont davantage susceptibles de développer des liens avec des partenaires stables (Krishnakumar & Black, 2003).

1.2.2 Importance des caractéristiques antisociales chez les pères d'enfants de mères adolescentes.

Les pères des enfants de jeunes mères tendent à présenter davantage de problèmes reliés aux comportements antisociaux et à l'abus de substance que les pères d'enfants nés de mères matures (Fagot et al., 1998). Malheureusement, les implications des conduites antisociales chez les partenaires des jeunes mères, en termes par exemple d'un risque accru de comportements abusifs envers celles-ci, sont mal comprises en raison du peu d'études ayant documenté le phénomène. Dans au moins un échantillon, il fut trouvé que les couples comprenant une mère adolescente sont plus susceptibles de démontrer des problèmes de violence conjugale (Moffitt, 2002). De plus, la différence d'âge entre les partenaires est positivement corrélée à la stabilité de la relation ainsi que les caractéristiques d'antisocialité chez les deux partenaires, particulièrement chez le partenaire de sexe masculin (Lamb, Elster, & Tavaré, 1986).

Bien que peu de recherches aient documenté les liens possibles entre l'antisocialité parentale et le fait de devenir parent dans l'adolescence, des évidences existent supportant le rôle de l'antisocialité chez l'adolescente ainsi que chez le partenaire comme facteur augmentant fortement le risque de grossesses durant l'adolescence (Moffitt et al., 2001). Ces données, ajoutées à celles suggérant que les mères adolescentes tendent à choisir des partenaires qui démontrent des traits antisociaux,

portent à croire que des facteurs de risque multiples et de nature diverse peuvent contribuer à élever le risque de transmission inter-générationnelle de l'antisocialité, de mère à enfant (Moffitt, 2002). Dans une revue récente de la littérature sur la transmission inter-générationnelle des problèmes de conduite, Zoccolillo et collègues (2005) dressaient un sommaire des données disponibles selon les quatre points suivants : 1) il existe un lien entre l'antisocialité parentale et l'antisocialité chez l'enfant, 2) l'antisocialité chez l'enfant est associée à des facteurs de risque multiples (p.ex. : les pratiques parentales coercitives, une faible sensibilité maternelle, les expériences d'abus ou de négligence, la présence d'un ou deux parents adolescents), 3) les mêmes facteurs de risques sont associés à l'antisocialité parentale, et 4) les devis de recherche considérant les influences génétiques ont documenté des influences à la fois génétiques et environnementales pour l'antisocialité ainsi que l'agressivité. Selon ces données, les enfants de jeunes mères pourraient donc être à risque fortement accru de développer des problèmes de comportement, dû à l'effet combiné de facteurs de risques multiples de nature environnementale et constitutionnelle (génétique).

Une implication dérivant des conclusions tirées par Zoccolillo et collègues est que les recherches examinant les liens entre relations parent-enfant et autres variables environnementales devraient tenter de contrôler pour les influences génétiques présentes dans ce contexte. Comme suggéré par ces auteurs, il est possible de contrôler pour les influences génétiques présentes dans le développement de l'antisocialité chez l'enfant en documentant le niveau d'antisocialité présente chez les parents, lorsque possible. Une telle méthode peut permettre, dans le meilleur des cas, de mieux distinguer les effets

observés qui sont fonction des processus relationnels en jeu plutôt que le résultat indirect d'une transmission liée à l'hérédité.

1.2.3 *Ajustement psychosocial des enfants de jeunes mères*

Les enfants nés de mères adolescentes semblent à risque d'éprouver des difficultés dans différentes sphères de leur développement cognitif, social et émotionnel (Spieker et al., 1997; Whitman, Borkowski, Schellenbach, & Nath, 1987), bien que certains chercheurs aient conclu que ces enfants ne paraissent pas désavantagés outre mesure comparativement aux enfants de mères adultes (Miller, 1981; Zimmerman et al., 2001). Dans l'ensemble, les données de recherche supportent l'idée que les désavantages démontrés par les enfants de mères adolescentes sont fonction à la fois des caractéristiques parentales (p.ex. : psychopathologie, déviance, faible quotient intellectuel) et du niveau d'adversité dans l'environnement (p.ex. : manque de ressources et de support, pauvreté, milieu de vie criminalisé) (Jaffee, 2002). Par exemple, dans une étude longitudinale récente, Weed, Keogh, & Borkowski (2006) rapportèrent que seulement 31 % des enfants âgés de 5 ans de mères adolescentes pouvaient être considérés comme « résilients ». Cependant, la majorité (68 %) des enfants dans ce groupe conservèrent cette classification à l'âge de 8 ans. Le niveau d'adaptation de la mère était significativement lié au statut développemental de l'enfant, et ce pour les 2 âges.

Dans la mesure où les jeunes mères et leurs enfants forment un groupe hétérogène, comprenant des niveaux de fonctionnement très variables, il découle que les recherches tendent davantage à investiguer les facteurs pouvant prédire le développement ou le fonctionnement de l'enfant plutôt que de comparer les populations entre elles

(enfants nés de mères adolescentes versus mères adultes). Les facteurs étudiés font en général référence aux caractéristiques personnelles de la mère (ou du père), aux interactions parent-enfant, au stress reliés à l'environnement, ou à la présence ou l'absence de soutien social.

Le lien entre les caractéristiques maternelles telles que les traits de personnalité, les attentes et cognitions relatives au rôle parental, la tolérance à la frustration, l'intelligence, le niveau d'éducation, et la psychopathologie, et l'ajustement de l'enfant ont été examinés dans le cadre de plusieurs recherches auprès de jeunes mères. De façon générale, les caractéristiques propres à la mère démontrent des associations modérées, statistiquement significatives, avec des caractéristiques similaires chez l'enfant. Par exemple, la performance académique de la mère adolescente dans son enfance démontre un lien significatif avec le rendement scolaire de l'enfant (Cairns et al., 1998). Par ailleurs, les mères adolescentes tendent à démontrer des connaissances du développement de l'enfant qui sont moins appropriées que les mères adultes, spécifiquement en ce qui à trait au moment et à la séquence d'apparition des habiletés chez l'enfant (Tamis-Lemonda, Shannon, & Spellman, 2002). Ce déficit chez les mères adolescentes semble signifier que celles-ci tendent à encourager de façon prématurée une autonomie chez l'enfant qui peut en venir à perturber son développement normal. Cette hypothèse a reçu un certain support dans la littérature, par-exemple dans une étude de Stoiber et Houghton (1994), dans laquelle il est rapporté que le niveau d'attentes de la mère à l'égard de l'enfant ainsi que vis-à-vis le rôle maternel prédisent un niveau d'adaptation moindre chez l'enfant. D'autres études ont documenté le rôle des problèmes de santé mentale chez la mère dans l'ajustement de l'enfant. Plus spécifiquement, la présence de traits

antisociaux chez celle-ci serait associée à la passivité chez l'enfant, alors que la présence de dépression chez la mère serait associée à l'irritabilité chez l'enfant (Cassidy, Zoccolillo, & Hugues, 1996).

Les interactions mère-enfant ont également reçu une attention importante de la part des chercheurs. L'ensemble des recherches soulignent les différences entre les mères adolescentes et les mères adultes au niveau des comportements maternels, ainsi que le lien significatif entre différents aspects des relations mère-enfant et l'ajustement de l'enfant. De façon générale, les mères adolescentes, lorsque comparées avec des mères adultes, démontrent moins d'initiative et répondent de façon moins contingente et appropriée aux signaux de l'enfant (Barratt & Roach, 1995). Elles paraissent donc être moins aptes à fournir une stimulation adéquate aux besoins de l'enfant (Schilmoeller & Baranowski, 1985). De plus, elles auraient tendance à adopter davantage de comportements punitifs et contrôlants à l'égard de l'enfant (Reiss, 1989).

Par ailleurs, il convient de reconnaître que les jeunes mères ne constituent pas un groupe homogène quant à leurs capacités et pratiques parentales (Whiteside-Mansell, Pope, & Bradley, 1996). Dans cette optique, les recherches ont tenté de distinguer certaines variables pouvant expliquer la variabilité observée entre les jeunes mères au niveau de leurs comportements parentaux. Les facteurs pouvant exercer une influence sur les comportements parentaux peuvent être de nature distale ou proximale. Globalement, les facteurs reliés à l'ajustement personnel de la mère adolescente (p.ex., intelligence, personnalité, santé mentale) ont montré les associations les plus constantes avec les conduites parentales (McKenry, Kotche, & Browne, 1991; Leadbeater, Bishop, & Raver, 1996; O'Callaghan et al., 1999). Dans une étude récente, Meyers et Bettistoni (2003) ont

trouvé que les pratiques parentales des mères pouvaient être prédites par des variables à la fois associées à l'histoire de vie (p.ex., antécédents d'abus dans l'enfance) et les conditions actuelles (p.ex., abus de substance, estime de soi, support social, violence conjugale). D'autres chercheurs ont démontré que les jeunes mères qui démontrent davantage de comportements coercitifs envers leurs enfants ont également tendance à attribuer à ceux-ci des intentions négatives (Strassberg & Treboux, 2000). Les recherches suggèrent également que le réseau social et la qualité des relations interpersonnelles, notamment avec la famille d'origine, seraient associés à la sensibilité maternelle chez les mères adolescentes (Contreras et al., 1999; Nitz, Ketterlinus, & Brandt, 1995). De façon prévisible, il a été proposé que le stress vécu par la mère est négativement associé à la qualité des relations mère-enfant (Kurtz & Derevensky, 1994). Cependant, il semble que l'impact du stress soit modéré par des variables intermédiaires, telles que le niveau de support social, notamment celui provenant des grand-parents maternels (Luster, 1998).

Considéré dans leur ensemble, les résultats des recherches soulignent que l'importance des pratiques parentales tient surtout dans leur rôle de médiateur du lien entre les caractéristiques de la mère (p.ex., personnalité, intelligence, expériences antérieures), celles liées à l'environnement (p.ex., support social, ressources disponibles), et l'ajustement de l'enfant. Dans une étude récente, Rhule, McMahon, et Spieker (2005) ont démontré que les pratiques parentales négatives constituent un médiateur significatif de la relation entre les comportements antisociaux chez la jeune mère et les problèmes de conduite chez l'enfant. Dans une autre recherche, cette fois de MacMillan, McMorris, et Kruttschnitt (2004), les auteurs ont illustré l'impact des changements dans les conditions de vie (particulièrement les ressources financières) sur le développement et la stabilité

des problèmes de conduite chez l'enfant. Dans cette étude, l'impact des changements dans les conditions de vie sur les conduites antisociales de l'enfant était partiellement médiatisé par des changements au niveau des pratiques parentales, en termes d'une augmentation de la capacité à modéliser des comportements prosociaux, à travers une discipline consistante et flexible, une plus grande attention aux besoins exprimés par l'enfant, etc. Le rôle prédictif de la relation mère-enfant et du style parental chez cette population a été démontré dans d'autres recherches (p.ex., Barratt, 1991). Cependant, un élément qui manque aux connaissances actuelles tient aux expériences passées de la mère adolescente quant à ses propres figures d'attachement qui pourraient jouer un rôle dans le développement de l'antisocialité à la fois chez la mère et chez l'enfant. Cet élément est important dans le contexte de recherches précédentes ayant documenté l'impact de l'antisocialité sur les pratiques parentales et la relation parent-enfant (Zoccolillo et al., 1996).

Par ailleurs, la littérature portant sur les liens entre les caractéristiques de l'environnement social et le développement de l'agressivité montre des lacunes importantes. Premièrement, plusieurs études ne permettent pas d'évaluer la relation entre l'environnement social et l'agressivité ou l'antisocialité directement, mais font plutôt référence à des catégories ou construits plus globaux, tels que le concept de «problèmes de comportement extériorisés». Donc, il y aurait lieu de mieux documenter la relation entre l'environnement social et l'antisocialité en dissociant les comportements réellement antisociaux ou agressifs des autres formes de comportements extériorisés (e.g., la recherche d'excitation).

Deuxièmement, le lien avec des *catégories* spécifiques de comportement agressif ou antisocial gagnerait à être précisé davantage. À titre d'exemple, peu de recherches font état de la distinction fondamentale entre l'agressivité proactive et l'agressivité réactive (Dodge, 1991). L'agressivité proactive se distingue par son caractère essentiellement acquisitif ou instrumental et dénué d'affect. Cette forme d'agressivité peut être orientée vers la possession d'objets matériels ou encore la domination d'autrui. Dans ses formes extrêmes, l'agressivité proactive peut prendre l'allure de comportements de prédation, destinés à satisfaire un but préalable (acquisition de bien matériel, impression de contrôle ou de domination, etc). Par contraste, l'agressivité réactive se distingue par sa composante émotionnelle plus importante. Cette forme d'agressivité survient en effet en réaction à une provocation ou menace perçue par l'individu, et s'accompagne d'un fort niveau d'affectivité négative. La distinction s'avère cruciale dans l'étude du développement de l'agressivité puisque des formes de comportement agressif distinctes pouvant se caractériser par des antécédents développementaux ainsi que des corrélats psychosociaux différents (Dodge et al., 1997). Par ailleurs, cette distinction peut aider à distinguer entre différents profils d'individus, des recherches récentes ayant par exemple démontré que des délinquants juvéniles se distinguent des autres adolescents provenant de milieux défavorisés surtout en termes du niveau d'agressivité proactive qu'ils démontrent (Kempes, Matthys, De Vry, & van Engeland, 2005 ; Nas, Orobio, & Koops, 2005). L'agressivité de type proactive est également associée à une tendance à interpréter les intentions d'autrui comme hostiles, alors que l'agressivité de type réactive est plutôt associée à l'expérience de la colère (Kempes et al, 2005). Peu d'études sont disponibles

documentant le lien entre les relations parent-enfant et des formes distinctes d'agressivité chez ce dernier.

Plusieurs tentatives ont été faites dans le passé pour établir des catégories de conduites antisociales, menant par exemple à une distinction entre la délinquance à début précoce et celle débutant à l'adolescence, telle qu'illustrée dans la dernière version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Cette distinction a reçu un certain support dans la littérature (voir Frick, 1998; Moffit, 1993) mais ne repose sur aucune base théorique précise. Un effort a récemment été réalisé pour créer un modèle de l'agir antisocial qui soit davantage ancré dans la théorie développementale, résultant ainsi en des groupes de sujets plus homogènes (Frick & Ellis, 1999). Dans ce modèle, les auteurs postulent une différence fondamentale entre deux syndrômes, l'un principalement caractérisé par des comportements antisociaux et un autre par des conduites antisociales *et* un ensemble de traits de personnalité marqués par l'insensibilité (p.ex., manque d'empathie, manipulation d'autrui sans remord notable) et l'absence d'affectivité (p.ex., absence de culpabilité, incapacité d'exprimer ou ressentir des émotions appropriées compte tenu du contexte social). Le support empirique pour le modèle de Frick et collègues continue à s'accumuler et supporte la distinction proposée entre les deux syndrômes (voir Frick, Barry, & Bodin, 2000).

Troisièmement, la présence d'un lien entre l'environnement social et les comportements antisociaux ne renseigne pas sur les processus psychologiques sous-jacents. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'expliquer le lien entre les caractéristiques de la relation parent-enfant et, par exemple, l'agressivité. En particulier, le

développement d'un attachement insécurisant aux donneurs de soins principaux peut inhiber le développement normal de la capacité d'empathie (van Ijzendoorn, 1997). Un style parental autoritariste et coercitif plutôt qu'inductif est susceptible de contribuer à une escalade des comportements oppositionnels et agressifs de l'enfant, et diminuer sa capacité à considérer les états mentaux d'autrui. L'intériorisation des normes et l'établissement d'un lien avec les institutions sociales est difficile en l'absence d'un attachement sécurisant aux donneurs de soins permettant l'atteinte d'une capacité de régulation émotionnelle flexible et de délai de gratification immédiate des besoins (Gottfredson & Hirschi, 1990).

De façon similaire, Fonagy (2000) souligne le rôle de l'absence de développement de la capacité de mentalisation (ou « fonction réflexive du Soi ») comme facteur prédisposant aux conduites antisociales persistantes. Selon Fonagy, la capacité parentale à refléter à l'enfant ses propres états d'esprit favorise chez ce dernier le développement d'une compréhension d'autrui en termes d'états mentaux. En d'autres termes, l'autre est alors perçu par l'enfant comme une entité non seulement physique mais également psychologique. Le développement de cette capacité représentationnelle chez l'enfant est à la base de l'établissement de l'empathie, laquelle est notablement déficiente chez les individus antisociaux et agressifs (Meloy, 1992). De plus, les individus incapables de se représenter les états mentaux des autres sont davantage susceptibles de discerner et d'interpréter de façon incorrecte leurs intentions en contexte d'interaction sociale. Par conséquent, ces individus sont plus susceptibles d'interpréter les actions d'autrui comme une menace et de percevoir l'agression comme une réponse appropriée (Dodge & Coie, 1987). Il est à noter que des difficultés dans le développement de la mentalisation, de

l'empathie et du sens moral peuvent contribuer à l'établissement de l'agressivité persistante en interaction avec des facteurs reliés au tempérament, et donc génétiquement hérités, tels que l'impulsivité et une faible tolérance à la frustration.

Finalement, l'ensemble des recherches portant sur le développement des conduites antisociales et agressives s'intéressent à des populations de sexe masculin, en raison de la prévalence plus grande de ce type de problème chez les hommes. Par conséquent, les comportements antisociaux chez les femmes ont reçu beaucoup moins d'attention de la part des chercheurs. En particulier, la relation entre la présence de comportements antisociaux chez la mère et le développement éventuel de tels problèmes chez ses enfants est encore mal comprise. La criminalité chez le père naturel est l'un des prédicteurs les plus fiables du développement des conduites antisociales chez ses enfants, bien que les corrélations tendent à être modestes (Farrington, Jolliffe, Loeber, Stouhamer-Loeber, & Kalb, 2001; Shaw et al., 1998). Des évidences existent selon lesquelles l'antisocialité chez la mère serait également prédicteur du développement de ce type de problème chez les enfants (Silberg et al., 2003). Cette transmission inter-générationnelle peut reposer sur des facteurs héréditaires (Rhee & Waldman, 2002) ou encore psychosociaux, notamment ayant trait aux modèles parentaux et à la nature de la relation parent-enfant (Gardner, 1987; Patterson, 1982). Malheureusement, la recherche renseigne peu quant aux éléments favorisant ou diminuant le transfert des caractéristiques antisociales de parent à enfant.

Dans ce contexte, il s'avère donc essentiel de mieux comprendre les liens possibles entre le monde relationnel dans lequel évoluent à la fois la mère et l'enfant, et l'antisocialité à la lumière d'un cadre théorique cohérent et valide. Il est proposé dans ce travail que la théorie de l'attachement (Bowlby, 1973, 1982, 1988), ayant été l'objet d'un

développement considérable au cours des deux dernières décennies, peut contribuer à l'avancement des connaissances au niveau des processus à l'œuvre dans la transmission du risque psychosocial de la mère adolescente à son enfant.

1.3 Attachement et modèles internes

1.3.1 *Concepts de base*

Dans son essence, la théorie de l'attachement propose l'existence chez l'enfant d'un système comportemental biologiquement déterminé, sous forme d'instinct, visant à assurer une proximité physique ou émotionnelle avec la figure maternelle (ou toute autre figure assumant la fonction de donneur de soins) (Ainsworth et al., 1978). Un attachement peut donc être défini comme un lien émotionnel profond et durable entre un enfant et une figure parentale, s'établissant dans les premières années de sa vie. Selon Bowlby (1969), bien que la fonction première de l'attachement soit d'assurer la survie et la sécurité de l'enfant, la nature et la qualité de ce lien exercent une influence profonde sur le développement subséquent de l'individu, influence qui s'étend dans les sphères cognitive, sociale, affective et morale. L'attachement entre parent et enfant est réciproque et se construit à partir des contacts qu'ils partagent. Il fonctionne par conséquent comme un système de régulation mutuelle, dans lequel les deux individus s'influencent l'un l'autre.

Un concept théorique prédominant dans la théorie de l'attachement est nommé «Modèle Opérant Interne», et consiste en quelque sorte en une représentation internalisée de la relation d'attachement originale. Bowlby (1969) fut le premier à mentionner ce terme, et suggère que le modèle interne opérant est la résultante des expériences relationnelles antérieures de la personne. À partir de ces expériences, l'enfant développe

des attentes quant à ses relations intimes en général ainsi qu'une série de «schémas» cognitifs-affectifs représentant l'enfant lui-même, les autres personnes significatives dans sa vie et enfin le monde social plus large. Selon les théoriciens de l'attachement, ces représentations internes dérivant des expériences antérieures de l'individu, combinées avec le système comportemental d'attachement inné, formeraient la base de l'ensemble des multiples composantes (motivationnelles, cognitives, émotionnelles, comportementales) qui constituent la personnalité (Rothbard & Shaver, 1994). La principale fonction de ces modèles internes serait d'assurer une certaine régulation des besoins affectifs de la personne (Collins & Read, 1994). De plus, selon Bowlby (1969), ceux-ci permettent l'interprétation et l'intégration des nouvelles expériences relationnelles, et guident par conséquent les interactions sociales. En ce sens, la valeur adaptative des modèles internes opérants réside dans le fait qu'ils permettent la préservation d'une impression subjective de sécurité chez l'individu, en même temps qu'ils lui fournissent un moyen d'anticiper, d'interpréter et de réagir aux réponses des autres.

À un niveau développemental, les modèles internes opérants se forment à partir des interactions entre le parent et l'enfant. Si un enfant est encouragé dans son milieu familial à identifier ses émotions et les exprimer de façon appropriée, il ou elle développe la capacité de communiquer ouvertement et clairement ses émotions dans ses relations avec ses proches. Ce qui émerge des interactions parent-enfant est, en fait, une série de schémas internes dont la nature et la valence émotionnelle reflètent les réponses à deux questions fondamentales : 1) Suis-je une personne qui mérite l'affection et la considération des autres ?, et 2) Mes figures d'attachement sont-elles des personnes

attentives et dignes de confiance ? (Klohn & John, 1998). La théorie suggère que si la figure d'attachement répond aux besoins de sécurité mais aussi d'autonomie de l'enfant de manière consistante et appropriée, l'enfant intériorise une représentation de lui-même comme une personne précieuse pour ses proches et capable de contrôle sur son environnement, et une représentation de l'autre comme présent et bienveillant. Par contre, si la figure d'attachement répond peu ou de façon peu consistante à ses besoins, l'enfant développe une représentation de soi comme incompetent et ayant peu de valeur, et une représentation de l'autre comme rejetant ou imprévisible.

1.3.2 *Différences individuelles*

Selon le modèle présenté plus haut, différents patrons d'attachement peuvent se développer chez l'enfant, dépendamment de la nature des modèles internes qui sont internalisés. Le patron «Sécure», le mieux adapté, se caractérise chez l'enfant par la capacité à exprimer les besoins de proximité de façon claire et modulée. Les patrons insécures, en comparaison, traduisent l'internalisation de figures d'attachement répondant aux besoins de façon moins optimale. L'enfant «Évitant», par exemple, cherche à éviter le contact avec le parent lors des réunions, allant parfois jusqu'à ignorer celui-ci en s'intéressant plutôt à l'environnement matériel (p.ex. : jouets). Cet enfant tend également à démontrer peu de détresse évidente en l'absence du parent. L'enfant «Ambivalent-Résistant» résiste souvent aux efforts de contact du parent et ne peut être réconforté par sa présence. Paradoxalement, une détresse importante est souvent observée lors du départ du parent et l'exploration est souvent restreinte (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

Finalement, l'enfant de type «Désorganisé» montre des comportements erratiques, de la confusion et parfois de la dissociation en présence de la figure d'attachement. Le comportement de ces enfants paraît généralement survenir en l'absence de but ou d'intentionnalité précise. Des études longitudinales ont montré que la désorganisation de l'attachement chez l'enfant d'âge préscolaire évolue souvent sous forme d'apparition de comportements contrôlants vis-à-vis le donneur de soins principal, ou agressifs vis-à-vis les pairs à la période scolaire (Main & Cassidy, 1988 ; Lyons-Ruth, Alpern, & Repacholi, 1993). De telles tentatives de prise de contrôle de la relation parent-enfant peuvent se manifester à travers des comportements de soins excessifs envers le parent ou encore par une attitude punitive à son égard. Par ailleurs, un nombre plus restreint d'enfants maintiennent un niveau de désorganisation manifeste élevé dans leurs contacts avec le parent durant la période scolaire (Jacobvitz & Hazen, 1999 ; Moss, Bureau, Tarabulsky, & Dubois-Comtois, 2005). Au niveau représentationnel, les enfants Contrôlants/Désorganisés décrivent les donneurs de soins comme effrayés, impuissants, abusifs ou encore absents. Ces enfants se représentent eux-mêmes comme incapables de se protéger des menaces ou dangers extérieurs, d'exercer un contrôle sur leur propre comportement ou de prévenir le morcellement du soi ou de leur environnement social (Solomon, George, & De Jong, 1995).

1.3.3 Attachement et interactions mère-enfant

Les patrons d'attachement présentés ci-haut découlent présumément de styles d'interaction mère-enfant distincts. Les parents d'enfants Sécurisés sont généralement sensibles aux émotions et besoins exprimés par l'enfant, répondent à ceux-ci de façon appropriée, offrent un degré de stimulation modéré, et privilégient un style parental

caractérisé par la synchronie, la chaleur et la réciprocité (Belsky, Rovine, & Taylor, 1984; Isabella & Belsky, 1991; Teti, Gelfand, Messinger, & Isabella, 1995). Par contraste, les mères d'enfants Évitants ont été décrites comme intrusives, contrôlantes, et excessivement stimulantes, alors que les mères d'enfants Ambivalents-Résistants seraient davantage inconsistantes dans leur réponse aux signaux émis par l'enfant (Isabella, Belsky, & Von Eye, 1989; Lewis & Feiring, 1989; Vondra, Shaw, & Kevinides, 1995).

Le groupe des enfants Désorganisés, par ailleurs, semble se caractériser par une dynamique mère-enfant particulière. En effet, dans ce type de dyade, la mère apparaît elle-même dysrégulée et incapable de gérer ses propres besoins de protection et de sécurité. Par conséquent, les situations stressantes activant le système d'attachement de l'enfant sont également susceptibles d'activer ce système chez la mère, donnant lieu à des manifestations de peur et de retrait chez celle-ci. Dans ces conditions, la mère est susceptible d'abdiquer son rôle de protection et de donneur de soins auprès de l'enfant, laissant celui-ci dans un état de vulnérabilité physique ou psychologique important (West & George, 1999). Des recherches récentes (e.g., Main & Cassidy, 1988 ; Moss, St-Laurent, & Parent, 1999) suggèrent que pour susciter des comportements de protection et de soins chez le parent, l'enfant doit prendre en charge le système d'attachement du parent à travers l'adoption de comportements de contrôle de la relation. Ces comportements peuvent être de nature punitive ou protectrice, mais dans les deux cas ont pour fonction de ramener l'attention du parent vers l'enfant plutôt que vers les conflits non-résolus du parent lui-même. Il s'agit, en somme, d'une stratégie adaptative de renversement des rôles dans la relation parent-enfant, mais qui s'avère fragile et coûteuse au plan psychologique, comme montré dans les recherches illustrant le caractère

chaotique et saturé d'éléments négatifs des représentations internes liées à l'attachement chez ces enfants ainsi que chez leur mère (Solomon et al., 1995). Il faut par ailleurs noter le caractère adaptatif des patrons mentionnés ; le comportement de l'enfant complémente en quelque sorte celui de la figure maternelle, et devrait donc être considéré comme une tentative pour atteindre un état de régulation des besoins et émotions dans le contexte de cette relation.

1.3.4 *Attachement chez l'adulte*

L'attachement tel que défini par Bowlby (1988) est dans son essence une théorie du développement socio-émotionnel de l'enfance jusqu'à la fin de la vie. Bien que les travaux dans le champ de l'attachement concernent principalement les enfants, des efforts ont été réalisés pour étendre les concepts aux individus adultes. Selon des auteurs tels que Bowlby (1982) et Ainsworth (1991), les relations d'attachement à l'âge adulte et dans l'enfance présentent des similitudes importantes. Dans les deux cas, la présence de la figure d'attachement est susceptible d'apporter réconfort et sentiment de sécurité à la personne, alors que son absence occasionne normalement anxiété ou solitude. Les manifestations comportementales associées à l'attachement sont par ailleurs similaires chez les enfants et les adultes, soit un besoin exprimé de proximité avec la figure d'attachement lorsqu'en situation de stress, un réconfort ressenti en présence de la figure d'attachement, et une détresse manifeste lorsque celle-ci est inaccessible (Weiss, 1991).

La différence fondamentale entre l'attachement chez l'adulte et chez l'enfant est que les relations d'attachement adultes s'établissent sur une base de réciprocité, allouant ainsi pour une possibilité d'alterner entre des positions de donneur et de receveur de soins au sein d'une même relation (Ainsworth, 1991). Cette flexibilité complexifie l'évaluation

des processus mentaux reliés à l'attachement chez l'adulte. Jusqu'à présent, les méthodes dites « narratives » se sont révélées les plus utiles pour les fins d'évaluation des modèles internes qui sont à la base des comportements d'attachement chez l'adulte. L'Adult Attachment Interview (AAI), développé par George, Kaplan, & Main (1985), occupe une place de choix au sein des méthodes d'évaluation de l'attachement adulte. Il consiste en une entrevue semi-structurée portant sur les expériences passées avec les donneurs de soins principaux, et la signification de ces expériences pour la personne. C'est par ailleurs au niveau du processus d'évaluation comme tel que l'AAI se distingue particulièrement des autres mesures de l'attachement adulte, en particulier les questionnaires auto-rapportés. En effet, l'entrevue a été conçue de manière à susciter et capter les opérations des modèles internes des relations d'attachement au niveau représentationnel, en concordance avec l'emphase mise par Bowlby et Main sur les aspects défensifs liés aux schémas cognitifs-affectifs intériorisés des expériences antérieures avec les donneurs de soins.

Les thèmes abordés dans le cadre de l'entrevue portent surtout sur des expériences normales ou traumatiques qui sont susceptibles d'activer le système comportemental d'attachement chez l'individu, par exemple des situations de conflit avec les figures parentales, de séparation, de maladie grave, ou encore de perte affective. Ce sont les qualités du discours ainsi que les processus défensifs résultant d'une telle activation qui sont à la base du système d'évaluation de l'attachement qui caractérise l'AAI. De façon plus spécifique, l'évaluation de l'attachement selon l'AAI repose sur trois caractéristiques principales du discours de la personne: 1) la description des expériences passées avec les donneurs de soins, 2) le langage utilisé par l'individu au cours de

l'entrevue, et 3) la capacité démontrée à décrire les expériences de façon crédible et leur attribuer une signification appropriée (Hesse, 1999).

L'évaluation par le codeur de ces trois dimensions donne lieu à une classification du patron d'attachement selon un schème conceptuellement similaire à celui d'Ainsworth et al. (1978) pour les enfants. Ainsi, un individu évalué à l'aide de l'AAI peut être catégorisé comme « Sécure-Autonomie », « Évitant » ou encore « Préoccupé » relatifs à l'attachement. Les personnes considérées « Sécure-Autonomes » (F) se caractérisent par une perception équilibrée de leurs relations antérieures avec leurs donneurs de soins et considèrent les relations d'attachement comme relativement importantes à la fois dans leur vie actuelle et en ce qui a trait à leur développement antérieur comme individu. De telles personnes tendent à démontrer une approche ouverte et directe aux questions touchant des thèmes liés à l'attachement, même dans les cas où les expériences décrites sont difficiles. Les descriptions des relations avec les figures d'attachement sont généralement réalistes et plausibles, et le discours demeure cohérent.

Par contraste, les personnes considérées comme insécures montrent généralement des incohérences dans la façon dont elles évaluent les expériences antérieures avec les figures d'attachement, ces descriptions n'étant pas supportées par des souvenirs évoqués relatifs aux comportements parentaux dans le concret. Par ailleurs, le discours lui-même, axé sur le concret et l'événementiel, rappelle la rigidité comportementale et le manque d'exploration qui sont typiques des enfants insécures. En cela, l'AAI fonctionne de manière à évoquer les mécanismes défensifs spécifiques qui sont utilisés par les individus insécures dans le but de gérer l'anxiété ayant pour origine l'incapacité du donneur de soins à sécuriser l'enfant.

Les personnes catégorisées comme «Évitantes » (Ds) à l'AAI tentent lors de l'entrevue de désactiver le système comportemental d'attachement, par exemple en niant ou minimisant l'impact des relations d'attachement ou des expériences passées avec les donneurs de soins sur leur développement personnel, en «bloquant » l'accès à la conscience d'événements spécifiques relatifs à l'attachement, et en dressant un tableau idéalisé de leurs relations avec leurs donneurs de soins. Cependant, les mécanismes de désactivation observés chez ces individus ne sont pas toujours efficaces à contenir l'anxiété reliée à l'incapacité des donneurs de soins à sécuriser. Les protocoles d'AAI de personnes évitantes comportent donc fréquemment des éléments contradictoires, par exemple lorsqu'elles affirment avoir eu des parents aimants et attentionnés tout en décrivant de nombreux épisodes de rejet clair par ces parents.

Par contraste, les adultes classifiés comme «Préoccupés » (E) démontrent de l'ambivalence et de l'incertitude marquées par rapport à leurs expériences antérieures avec les figures d'attachement. Les descriptions des figures d'attachement sont fortement teintées d'éléments négatifs, notamment la colère, ou encore marquées par la passivité. Les relations avec les donneurs de soins telles qu'évoquées par les personnes préoccupées sont typiquement de nature enchevêtrée, les figures d'attachement étant décrites comme démontrant peu d'affection mais également très intrusives et centrées sur leurs propres besoins, auxquels l'enfant doit se soumettre.

En plus de ces trois patrons d'attachement principaux, l'AAI permet une classification selon la présence d'événements traumatiques non-résolus dans l'histoire du sujet (classification «Non-résolu»). Au cours de l'entrevue, le patron Non-résolu (U) se caractérise par la présence de confusion et de désorganisation (p.ex. : processus

dissociatifs, dégradation soudaine de la cohérence du récit, déficits de la métacognition) dans le contexte du discours concernant les expériences antérieures d'abus, de perte d'une figure d'attachement, ou autre situation traumatique reliée aux relations avec les donneurs de soins principaux. En pratique, une classification U peut accompagner n'importe quel des trois patrons d'attachement principaux.

Une méta-analyse des distributions des patrons d'attachement selon l'AAI par van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg (1996) a donné les valeurs suivantes : Pour l'ensemble des populations normatives, 55 % des individus furent classifiés Sécure-autonome, 16 % Insécure-Évitant, 9 % Insécure-Préoccupé, et 19 % Non-résolu. Parmi les personnes classées dans le groupe Non-résolu, 38 % avaient une classification secondaire Sécure-autonome, 24 % Insécure-Évitante, et 38 % Insécure-Préoccupé. Chez les populations adultes de niveau socio-économique plus faible, la prévalence du patron Sécure-autonome est moindre alors que celle des patrons Insécure-Évitant et Non-résolu augmente. Par ailleurs, les populations cliniques adultes se caractérisent globalement par une proportion plus faible d'individus Sécure-autonomes et par une augmentation des patrons Insécure-Préoccupé et Non-résolu.

Bien que la recherche faisant usage de l'AAI ait contribué grandement au développement des connaissances au niveau de l'attachement adulte, cet instrument demeure d'un accès et d'une utilisation difficiles en raison de la nécessité d'obtenir une formation étendue, et de ses exigences importantes en termes de temps d'administration et de cotation. Des efforts ont donc été faits ces dernières années pour développer des instruments de mesure qui puissent fournir une évaluation de l'attachement adulte à celle de l'AAI, tout en demeurant peu coûteux d'utilisation. Plusieurs versions de

questionnaires auto-rapportés ont ainsi été proposées par différents auteurs, particulièrement dans le champ de la psychologie sociale. Certains de ces instruments sont de type «choix forcé» (Bartholomew & Horowitz, 1991; Hazan & Shaver, 1987), alors que d'autres utilisent un format d'items de type Likert, évaluant plusieurs dimensions présumément reliées au concept de l'attachement (Brennan, Clark, & Shaver, 1998; Feeney, Noller, & Hanrahan, 1994; West, Sheldon, & Reiffer, 1987). Cependant, les questionnaires crayon-papier sont d'une utilité limitée pour ce qui est d'évaluer l'attachement tel que défini à l'origine par Bowlby, parce que ce type de mesure ne fait appel qu'aux cognitions directement accessibles à l'individu concernant ses relations d'attachement. Les concepts de Modèle Interne Opérant et de processus défensifs ne peuvent être saisis de façon valide à travers l'usage de questionnaires, puisque les représentations internes et les défenses opèrent en grande partie hors de la conscience. C'est sans doute la raison pour laquelle les études examinant le lien entre la classification de l'attachement selon le AAI et les données auto-rapportées n'ont en général documentées qu'une association modeste (Crowell & Treboux, 1995).

L'incapacité des méthodes auto-rapportées à évaluer les processus défensifs impliqués constitue ainsi une limite majeure à l'utilisation de ce type de technique, puisque le concept de défense occupe une place centrale dans la théorie de l'attachement. Bowlby (1980), en effet, a accordé une grande importance à l'étude des processus par lesquels les individus excluent de façon défensive les informations, pensées, images mentales, affects, et fantaisies reliées à l'attachement, de façon à éviter un inconfort chez la personne résultant de la conscience de ce « matériel interne » qui pourrait impliquer un changement des représentations existantes. Selon Bowlby, ce matériel est susceptible

d'être traité par la personne comme une source d'interférence, et donc transformé à travers l'action des défenses de façon à le rendre compatible avec les représentations internes existantes, avant de lui accorder accès à la pensée consciente.

Les auteurs en attachement sont parvenus à établir des liens entre certains processus d'exclusion défensive spécifiques et les patrons d'attachement insécure distincts décrit plus haut. À l'origine, Bowlby mit en lumière deux types principaux d'exclusion défensive. Dans le premier cas, l'action défensive résulte en une *désactivation* du système comportemental d'attachement, laquelle a pour conséquence le développement de ce que Bowlby appelle « l'auto-suffisance compulsive », caractéristiques du patron Insécure-Évitant. Dans le deuxième cas, le processus défensif opère de façon à interrompre le traitement de l'information relative à l'attachement, résultant en une *disjonction cognitive* entre l'affect ou le comportement et la représentation sous-jacente. Dans ce cas, le système comportemental d'attachement est activé, cependant la signification de cette activation n'est pas accessible à l'individu. Cette disjonction cognitive est caractéristique de l'attachement de type « anxieux » tel qu'identifié par Bowlby. Les individus d'attachement Préoccupé montrent une prédominance de disjonction cognitive dans leur fonctionnement défensif.

Pour certaines personnes, le matériel interne relié aux thèmes d'attachement est conflictuel au point où il ne peut être intégré au reste du monde représentationnel, et doit par conséquent être isolé grâce à l'action d'un mécanisme produisant un clivage du contenu inconscient. Ce mécanisme résulte en la création de « systèmes isolés », visant à prévenir la désorganisation résultant de l'accès du matériel conflictuel à la conscience. La présence de systèmes isolés est présumément associée à des expériences traumatiques

avec les figures d'attachement, l'intensité de ces expériences dépassant la capacité de l'individu à les gérer par le recours aux mécanismes primaires de désactivation ou de disjonction cognitive, ce qui requiert l'utilisation d'un mécanisme plus « radical » mais coûteux sur le plan psychologique. En effet, les individus montrant des conflits non-intégrés reliés à l'attachement (patron Non-résolu) sont à risque de présenter des comportements désorganisés lorsque le matériel maintenu inconscient et isolé est à risque d'émerger dans la conscience.

Compte tenu des différentes modalités de fonctionnement défensif présentées ci-haut, il n'est pas surprenant que les méthodes d'évaluation de l'attachement faisant usage de l'information auto-rapportée ne montrent qu'une relation très faible avec les méthodes d'évaluation axées sur l'examen des processus défensifs. Une approche plus prometteuse quant à l'évaluation de l'attachement adulte concerne le développement de mesures semi-ou non structurées. Récemment, C. George and M. West ont mis au point une méthode d'évaluation de type projective, reposant d'une part sur les assises théoriques établies par Bowlby, Ainsworth, Main et autres auteurs, et d'autre part sur les principes d'évaluation de l'attachement à partir de l'AAI. L'Adult Attachment Projective (AAP; George, West, & Pettem, 1997) est ainsi une méthode nécessitant que le sujet construise un narratif sur la base de situations illustrées sur un certain nombre de planches. Les situations décrites impliquent des thèmes reliés à l'attachement, comme par exemple la solitude, la séparation, le danger ou la peur. Le processus de cotation suit d'assez près celui du AAI, reposant principalement sur l'analyse détaillée de 3 composantes principales : 1) la structure du discours, 2) le contenu, et 3) les processus défensifs. Comme avec le AAI, le sujet se voit attribuer une cote d'attachement selon 4 groupes principaux, soit Sécure-

Autonome (F), Évitant (Ds), Préoccupé (E), et Non-résolu (U). Les profils des groupes d'attachement tirés des narratifs au AAP sont très similaires à ceux du AAI.

Les individus classifiés «Séures» au AAP démontrent une capacité à utiliser leurs relations d'attachement de façon à favoriser la résolution de problèmes et la gestion des situations stressantes. Leurs narratifs sont en général cohérents et bien structurés. Ils possèdent des ressources internes et externes auxquelles ils peuvent faire appel pour favoriser leur adaptation. Ceci se traduit dans les récits par la présence d'indices de Base Sécure Intériorisée (p.ex. : thèmes de réflexion, d'introspection ou de pensée active) ou encore par l'appel aux figures d'attachement pour aider à résoudre les situations problématiques. Les individus Séures sont susceptibles de décrire à travers leurs récits des relations d'attachement caractérisées par la réciprocité, la synchronie et un désir d'établir une relation significative avec l'autre. Par ailleurs, les narratifs des individus Séures sont relativement peu contraints par des opérations défensives destinées à gérer l'anxiété induite par la tâche. De façon générale, l'on retrouve la même cohérence et flexibilité dans les narratifs des personnes Séures au AAP et au AAI, avec dans les deux mesures des indices clairs d'une capacité à « mentaliser » les conflits internes en faisant appel aux processus de pensée tels que la métacognition.

Les personnes classifiées comme «Évitantes» tendent plutôt à éviter l'expression des besoins ou thèmes relatifs à l'attachement dans leurs narratifs. Plutôt que de faire appel aux ressources internes (Base Sécure Intériorisée) ou externes (figures d'attachement), les personnes évitantes décrivent un recours à l'agir comme moyen de gérer les stress. De façon similaire au AAI, les individus évitants ne perçoivent pas les relations d'attachement comme pouvant être importantes dans leur vie, ceci se traduisant

par des récits au AAP dans lesquels les relations sont décrites sur une base fonctionnelle. Les relations significatives décrites dans les narratifs sont généralement avec des personnages qui ne sont pas des figures d'attachement, par exemple des collègues ou des pairs. Le discours est également marqué par des mots ou expressions indiquant des efforts réussis pour désactiver le système comportemental d'attachement et les émotions qui y sont associées, tels qu'une évaluation négative des personnages de l'histoire ou encore des références au statut social ou attributs personnels désirables. Les récits des individus évitants sont de cohérence variable, le degré de cohérence étant principalement fonction de la capacité des mécanismes de défense à désactiver le système d'attachement.

Les sujets démontrant un attachement «Préoccupé» tendent à développer des narratifs dans lesquels les personnages montrent une incapacité à gérer les situations problématiques, que ce soit par le biais des ressources interne ou externes, ou encore à travers le recours à l'agir. Dans ce sens, les personnages ne sont pas représentés comme des agents, mais plutôt comme des victimes subissant passivement les événements sans pouvoir y réagir. Parallèlement à cela, il y a une absence de besoin exprimé pour l'établissement de relations d'attachement positives et basées sur la réciprocité. Les personnages décrits dans les récits d'individus préoccupés ne sont généralement pas connectés aux autres. En termes du discours, les narratifs sont typiquement incohérents, avec des scénarios contradictoires, des détails très minimes ou encore excessifs et superflus, des émotions inexistantes ou encore débordantes, et l'utilisation de mots ou expressions vagues et sans signification précise. Des références à soi sont aussi courantes dans les récits de sujets préoccupés. Au niveau défensif, le discours est dominé par la disjonction cognitive, telle qu'illustrée à travers l'incapacité à décider entre 2 ou

plusieurs scénarios possibles, ou encore une résolution heureuse de la situation à saveur plus ou moins magique, sans référence à un processus intra- ou inter-personnel impliqué. Les individus Préoccupés présentent fréquemment un tableau nettement différent au AAI et au AAP, dans lequel le matériel narratif au AAI est très labile et chargé affectivement, alors qu'il apparaît être plutôt restreint au AAP. Cette différence peut être comprise en termes des exigences propres aux deux tâches. Alors qu'au AAI la procédure exige que l'individu parle de lui-même, le AAP implique plutôt une situation de performance dans laquelle le participant doit « construire » un narratif en utilisant ses ressources internes à cette fin. Or, le manque d'accès à de telles ressources qui caractérise les individus Préoccupés fait en sorte qu'il leur est souvent difficile de construire des narratifs basés sur leur perception visuelle du contenu de la planche.

Les personnes ayant un attachement «Non-résolu» se caractérisent au AAP par une incapacité à se réorganiser lorsque confrontés à des éléments traumatiques liés à l'attachement. Il n'y a donc pas possibilité chez ces personnes d'évoquer les ressources internes, externes, ou le recours à l'agir pour maintenir la cohésion et l'équilibre de leurs activités mentales en situation de stress. Les personnages décrits dans les narratifs des individus Non-résolus paraissent souvent paralysés, figés dans le temps, voire même dissociés face aux éléments traumatiques évoqués dans l'histoire. Ces indices sont essentiellement les mêmes que ceux observés au AAI, lorsque la personne décrit ses expériences passées avec ses figures d'attachement. Le discours des sujets Non-résolus au AAP est habituellement incohérent et les processus défensifs observés dépendent de l'orientation primaire de la personne (soit évitante ou préoccupée, moins souvent sécure). Finalement, les personnes Non-résolues éprouvent souvent de la difficulté à établir des

frontières claires entre réalité externe et environnement interne, ce qui se traduit au AAP par des références à soi au cours du récit plus fréquentes que chez les groupes Sécure et Évitant.

1.3.5 *Attachement chez des populations cliniques*

De façon générale, l'insécurité de l'attachement est considérée comme un facteur de risque quant au développement de problèmes d'adaptation ou de psychopathologie (Greenberg, 1999). Des études récentes sur des populations normatives ont montré que les enfants insécures semblent davantage susceptibles de présenter des problèmes de comportement ainsi que des difficultés dans divers domaines du fonctionnement (Carlson, 1998 ; Jacobsen, Edelstein, & Hofmann, 1994 ; Moss, Parent, Gosselin, Rousseau, & St-Laurent, 1996 ; Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent, & St-Onge, 1998). L'insécurité de l'attachement prise globalement serait donc un facteur de risque pour le développement de problèmes d'adaptation chez les jeunes. Par contraste, le rôle de la sécurité de l'attachement comme facteur de protection et favorisant une bonne adaptation, à travers le développement de la résilience, de la capacité d'auto-régulation, ainsi que de caractéristiques de personnalité permettant une bonne socialisation, est bien établi (Carlson & Sroufe, 1995; Morriset, Barnard, Greenberg, Booth, & Spieker, 1990 ; Sroufe, 2005). Il faut par contre mentionner que l'impact de l'attachement lui-même est susceptible d'être modéré par le contexte de vie de l'enfant. Par exemple, certaines études suggèrent que le lien entre l'insécurité de l'attachement et les problèmes d'adaptation est plus significatif lorsque le milieu de vie est relativement stressant, dû à la pauvreté, au manque de ressources matérielles, à l'exposition à la violence, aux conflits domestiques, etc. (Thompson, 1999). En d'autres mots, l'attachement insécure constitue un facteur de

risque général, lequel est susceptible d'interagir avec plusieurs autres éléments contribuant aux problèmes d'adaptation chez l'enfant.

Les recherches examinant le rôle de patrons d'attachement insécure distincts dans le développement des problèmes d'adaptation avec des populations d'enfants en bas âge (généralement 3-4 ans) ont donné des résultats plus équivoques. Les premières études dans le domaine ont suggéré un lien entre le patron d'attachement ambivalent-résistant et les problèmes de comportement de type intériorisé (Sroufe, 1983), et entre le patron d'attachement évitant et les problèmes de type extériorisé (Erickson, Sroufe, & Egeland, 1985). Des recherches plus récentes, incluant la catégorie D (Désorganisé), dressent cependant un portrait quelque peu différent. En effet, des recherches récentes impliquant des populations normatives ou à risque ont établi un lien entre les patrons Évitant et Désorganisé et les problèmes de type extériorisé (Munson, McMahon, & Spieker, 2001), alors que d'autres études n'ont observé de lien uniquement qu'avec le patron Désorganisé (Carlson, 1998; Hann, Castino, Jarosinski & Britton, 1991; Moss et al., 1996; Moss et al., 1998; Shaw et al., 1996). Peu de résultats significatifs sont disponibles quant au patron Ambivalent-résistant pour ce groupe d'âge (Lyons-Ruth et al., 1997 ; Shaw et al., 1996).

L'utilisation d'échantillons d'enfants un peu plus âgés (préscolaire ou scolaire) résulte en des associations un peu plus consistantes. Le lien observé dans quelques études avec de jeunes enfants entre le patron Évitant et les problèmes de type extériorisé n'a pas été obtenu dans des échantillons plus âgés. Plutôt, il semble que les problèmes de conduite soient plus caractéristiques des enfants d'attachement Ambivalent (Cohn, 1990 ; Moss et al., 1998, 2004) et Contrôlant (Greenberg et al., 1991 ; Moss et al., 1998, 2004). Il semble donc que le lien entre insécurité de l'attachement et problèmes de

comportement chez l'enfant dépende en partie de l'âge des participants et du type d'échantillon utilisé. Les raisons pour les différences observées dans les différentes recherches demeurent relativement peu connues, même si des auteurs ont proposé que des facteurs tels que le type d'informant ou l'instrumentation utilisée pourraient jouer un rôle (Greenberg, 1999).

Les recherches vérifiant la relation entre l'attachement et diverses formes de psychopathologie chez des échantillons cliniques ou considérés à haut risque ont généralement confirmé le rôle de la désorganisation en tant que facteur de risque (Fonagy et al., 1996; Levy, Meehan, Weber, Reynoso, & Clarkin, 2005). Ainsi, l'agressivité et l'hostilité, l'anxiété, la dissociation, la dépression et l'inadaptation sociale ont été liés à la désorganisation de l'attachement chez les enfants (voir Greenberg, 1999). Chez les populations adultes, seules quelques études sont disponibles pour renseigner sur le lien entre attachement et psychopathologie. Dans une étude examinant la relation entre profil d'attachement au AAI et symptômes auto-rapportés, Pianta, Egeland, & Adam (1996) rapportèrent des profils symptomatiques élevés au Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 (MMPI-2) pour le groupe Préoccupé, une large proportion (42 %) de ces sujets obtenant un profil dit « flottant » avec une augmentation nette pour l'ensemble des échelles. Dans l'échantillon de Pianta et collègues, le patron Non-résolu était caractérisé par une hétérogénéité importante en ce qui concerne les symptômes rapportés, les auteurs concluant par conséquent que c'est la préoccupation de l'attachement plutôt que la non-résolution qui est associée aux profils symptomatiques obtenus.

Dans une étude réalisée par Rosenstein & Horowitz (1996) auprès d'un échantillon clinique composé d'adolescents en milieu psychiatrique, le profil

d'attachement Évitant était associé au diagnostic de Trouble des Conduites, ainsi qu'aux traits narcissiques, antisociaux et paranoïaques auto-rapportés au Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI). Le profil d'attachement Préoccupé, pour sa part, était associé à un diagnostic de Trouble de l'humeur ainsi qu'à des traits évitants, anxieux, et dysthymiques tels que rapportés au MCMI. Dans l'échantillon de Rosenstein & Horowitz, la non-résolution de l'attachement, en association avec l'attachement de type Préoccupé, était particulièrement prévalente chez les individus démontrant un Trouble de personnalité limite.

Dans une étude réalisée auprès de patients adultes en milieu psychiatrique, Fonagy et collègues (1996) obtinrent des résultats assez similaires à ceux décrits ci-haut, à savoir une association entre l'attachement de type Préoccupé et les troubles psychiatriques caractérisés par la labilité émotionnelle, la détresse exprimée et l'égodystonie (p.ex., Trouble de personnalité Limite, Dépression Majeure) et un lien entre l'attachement de type Évitant et les troubles caractérisés par le détachement ou la dominance interpersonnelle (p.ex., Trouble de personnalité Antisociale). Il faut par contre noter ici que la prévalence de l'attachement de type Non-résolu était plus élevée dans l'échantillon de Fonagy et collègues que dans les échantillons décrits précédemment.

Les résultats des études réalisées jusqu'à date suggèrent donc que l'insécurité de l'attachement constitue un facteur de risque général quant au développement de la psychopathologie, étant associé à plusieurs types de problèmes en apparence très différents. Encore ici, il demeure difficile d'établir un lien clair entre des patrons d'attachement spécifiques et des formes particulières de psychopathologie, les études portant sur ce thème étant encore trop peu nombreuses. Sur la base des données

disponibles, tout au plus peut-on dégager la possibilité d'un lien entre : 1) l'attachement de type Évitant et les formes de psychopathologie caractérisées par un détachement interpersonnel (p.ex., Troubles de personnalité Narcissique, Paranoïaque ou Antisocial), 2) l'attachement de type Préoccupé et les formes de psychopathologie caractérisées par un haut niveau de détresse rapportée (p.ex., dépression, anxiété), 3) l'attachement de type Non-résolu et les formes de psychopathologie caractérisées par la présence de processus dissociatifs (p.ex., Trouble de personnalité Limite), et 4) l'attachement de type Sécure-Autonomie et l'absence relative de psychopathologie.

1.3.6 Attachement chez les jeunes mères et leurs enfants

Les données portant sur l'attachement chez les jeunes mères et leurs enfants sont de plusieurs ordres. En premier lieu, il convient de constater que les données portant sur l'attachement chez les jeunes mères elles-même sont rares. Ward et Carlson (1995) ont rapporté les répartitions suivantes, obtenues à l'aide de l'Adult Attachment Interview administré auprès d'un groupe de 88 jeunes mères: 32 % pour la classification Sécure-Autonomie (F), 36 % pour la classification Évitante (Ds), 6 % pour la classification Préoccupé (E), et 26 % pour la classification Non-résolu (U). Tarabulsky et collègues (2005) ont obtenu les taux de prévalence suivants dans leur échantillon québécois : 25 % pour la classification F, 59 % pour la classification Ds, 5 % pour la classification E, et 11 % pour la classification U. Comparé aux populations normatives, l'on observe donc pour ces échantillons de mères adolescentes une prévalence moindre du patron Sécure-Autonomie, et une augmentation de la prévalence des patrons Évitant et Non-résolu. Ce résultat a été en partie confirmé par une recherche

récente de Moran, Pederson, et Krupka (2005), dans laquelle le patron Non-résolu était prédominant (37 %).

L'attachement des enfants de jeunes mères a fait l'objet d'une attention plus grande de la part des chercheurs. De façon générale, la littérature disponible souligne la prévalence plus grande chez ce groupe de l'attachement insécure, particulièrement en ce qui concerne l'attachement de type désorganisé, les taux de prévalence variant entre 18 % (Ward et al., 1995) et 57 % (Moran et al., 2005), avec une prévalence médiane d'environ 35 %. L'attachement de type Sécure est moins fréquent chez ce groupe que dans les populations normatives, se retrouvant entre 24 % (Broussard, 1995) et 44 % (Ward et al., 1995) des enfants de mères adolescentes. Par ailleurs, il est possible que cet écart puisse s'amenuiser avec le temps, une étude ayant démontré une augmentation modeste mais significative (30 % à 41 %) de l'attachement Sécure entre les âges de 1 à 5 ans (Lounds et al., 2005). La prévalence observée pour les différents types d'attachement chez les enfants de jeunes mères montre donc un profil assez similaire à ce qui est observé chez les populations défavorisées et de faible niveau socio-économique (Fish, 2001).

En complément à ces données, quelques recherches ont également tenté d'établir le lien entre l'attachement, le risque psychosocial, et l'ajustement dans différentes sphères chez les jeunes mères et leurs enfants. Bien que ces recherches soient relativement peu nombreuses, elles permettent en général de confirmer les liens observés dans les populations à plus faible risque. L'importance des interactions parent-enfant positives et basées sur la réciprocité dans le développement de la sécurité de l'attachement a été confirmée par des recherches récentes avec cette population (Hubbs-Tait, Osofsky, Hann, & McDonald-Cup, 1994; Lounds et al., 2005; Teberg, Howell, &

Wingert, 1983). Cependant, il semble que cette influence s'exerce surtout au cours de la première enfance (Lounds et al., 2005). De plus, le rôle protecteur de la sécurité de l'attachement dans l'ajustement psychosocial des enfants de mères adolescentes a été démontré (Hubbs-Tait et al., 1994; Ispa, Fine, & Thornburg, 2002; Keller, Spieker, & Gilchrist, 2005; Munson, McMahon, & Spieker, 2001). Cependant, dans l'étude de Keller et collègues (Keller et al., 2005), le lien attendu entre l'attachement de type Désorganisé et les problèmes de comportement extériorisés n'est pas apparu. Plutôt, il est ressorti que le groupe d'enfants démontrant des problèmes de conduite de façon chronique était plutôt caractérisé par un attachement de type Insécure-Évitant. Des résultats assez similaires furent obtenus par Munson et collègues (Munson et al., 2001), les enfants de leur échantillon montrant des niveaux élevés de problèmes de comportement extériorisés tendant à être d'attachement Insécure-Évitant ou Désorganisé. Cependant, dans cette étude, une relation entre les comportements extériorisés et le niveau de dépression maternelle fut observée uniquement pour les enfants d'attachement Insécure-Évitant.

La concordance d'attachement entre la mère adolescente et l'enfant a également fait l'objet de quelques recherches (Tarabulsy et al., 2005 ; Ward & Carlson, 1995). Ward & Carlson (1995) ont trouvé une correspondance significative de 68 % pour les 4 groupes d'attachement, et de 78 % pour la classification Sécure vs. Insécure. Ces taux sont similaires à ceux rapportés pour des populations normatives (van Ijzendoorn et al., 1996). Par ailleurs, l'absence de lien entre la sensibilité maternelle et l'attachement de l'enfant documentée dans plusieurs recherches auprès de dyades mère-enfant normatives, a également été observée dans l'échantillon de Ward et Carlson (1995). Pour ce qui est de

l'échantillon de Tarabulsy et collègues (2005), les auteurs ont observé un lien entre le patron Sécure-Autonome chez la mère et le degré de sécurité démontré par l'enfant.

Ces résultats permettent donc, dans l'ensemble, de confirmer l'utilité de la théorie de l'attachement en tant que cadre théorique permettant de mieux comprendre certaines des difficultés d'ordre relationnel vécues par les jeunes mères et leurs enfants, ainsi que les conséquences potentielles de telles difficultés. Cependant, il est évident que les données disponibles ne permettent qu'une compréhension partielle du problème, et que plusieurs questions importantes demeurent quant aux différents processus en jeu. De façon plus spécifique, il peut être noté que les recherches sur l'attachement ciblent plusieurs facteurs de risque (p.ex., dépression maternelle, manque de ressources matérielles, faible support social), lesquels, en association avec certaines formes d'attachement insécure chez l'enfant, peuvent contribuer à l'apparition de problèmes chez ce dernier, notamment sous la forme de comportements extériorisés. Cependant, la contribution de l'attachement de la jeune mère dans le développement des problèmes de fonctionnement psychosocial à la fois chez la mère et l'enfant n'a que peu été explorée. En effet, la majorité des recherches sur le sujet s'intéressent à l'attachement de l'enfant, et non à celui de la mère. Pourtant, les données obtenues à partir de populations normatives soulignent bien l'importance des expériences antérieures de la mère et de ses représentations internes des relations d'attachement dans le développement du rôle parental et des patrons d'interactions avec l'enfant (Main, 1995). Dans ce contexte, il est donc probable que les modèles internes des relations d'attachement de la mère puissent contribuer au développement de problèmes de conduite et de comportements agressifs chez l'enfant. Afin de mieux cerner le rôle potentiel de l'attachement comme facteur de

risque dans le développement des conduites antisociales et de l'agression chez l'enfant ou l'adulte, la prochaine section de ce travail dressera un tableau des recherches sur ce sujet.

1.4 Attachement et comportements antisociaux

Bowlby (1973) a proposé à l'origine que les comportements de colère et d'agression dans le contexte d'une relation significative sont une réaction à une menace perçue à la relation d'attachement, dans le cas par exemple d'un donneur de soins qui, pour une raison ou pour une autre, n'est pas disponible pour porter attention aux besoins exprimés par l'enfant. Par conséquent, la colère exprimée peut être comprise dans l'optique d'un effort pour ramener l'attention du donneur de soins vers soi et, par le fait même, de renforcer la relation avec la figure d'attachement. Selon Bowlby, la colère et les comportements agressifs peuvent être considérés maladaptés lorsqu'ils sont si intenses ou présents dans le comportement du jeune qu'ils ne servent plus leur fonction de rapprochement entre celui-ci et le donneur de soins. L'agressivité dysfonctionnelle se développe dans un contexte d'expériences répétées de menaces de séparation, de perte ou d'abandon physique ou psychologique. Dans ces cas, l'agressivité trouve sa source dans une frustration profonde et chronique à l'égard de la figure d'attachement, et peut en venir à constituer une menace pour la relation elle-même.

Des auteurs tel que Fonagy (Fonagy, Moran, & Target, 1993; Meloy, 1992; Willock, 1986) ont élargi le modèle de Bowlby en proposant que l'agression remplit également une fonction importante de préservation de l'intégrité de la représentation de soi. Dans le contexte d'une relation avec une figure d'attachement, les conduites agressives de l'enfant constituent souvent une réaction normale suite à une menace perçue pour sa capacité à l'auto-détermination. Dans ce sens, de telles conduites ne

reflètent pas qu'un désir de rapprochement avec la figure d'attachement mais également, et peut-être surtout, un effort de préservation de l'organisation des modèles internes et des structures représentationnelles existantes. Dans ce contexte, la relation parent-enfant prend une importance particulière. En effet, un donneur de soins insensible aux besoins exprimés par l'enfant est davantage susceptible de susciter des réactions agressives de la part de ce dernier, ayant pour fonction de protéger l'intégrité de sa représentation de soi (Fonagy, Moran, & Target, 1993). Ceci, en retour, renforce les perceptions négatives du parent de lui-même, de son rôle parental ou encore de son enfant. Par exemple, les comportements de désengagement ou d'intrusion de la mère peuvent interagir avec des prédispositions de nature génétique ou constitutionnelles chez l'enfant pour occasionner une fréquence accrue de comportements agressifs chez ce dernier, lesquels renforcent alors la perception de la mère de son enfant comme étant « difficile » (Sanson, Oberklaid, Pedlow, & Prior, 1991). À cet effet, quelques recherches suggèrent que l'impact d'un tempérament dit « difficile » sur le développement des problèmes de conduite chez l'enfant pourrait s'exercer en partie à travers l'établissement de patrons d'interaction avec les figures d'attachement marqués par l'hostilité ouverte et un haut niveau de réactivité (Boivin et al., 2005 ; Kochanska, Friesenborg, Lange, & Martel, 2004). Des problèmes reliés au développement des fonctions exécutives, de la pensée abstraite, du langage et des habiletés de planification, ainsi que la présence d'hyperactivité, de consommation de substances par la mère durant la grossesse, ou de conditions médicales ont également été impliqués dans le développement de l'agressivité chez l'enfant (Borge, Wefring, Lie, & Nordhagen, 2004 ; Séguin, Nagin, Assad, & Tremblay, 2004 ; Zoccolillo et al., 2005).

L'ensemble des recherches effectuées à date suggèrent clairement que certaines formes d'attachement inséure peuvent constituer un facteur contribuant au développement de comportements agressifs chroniques chez les juvéniles. Par contraste, un attachement de type séure semble constituer un facteur de protection contre le développement de ce type de problème. Une des premières recherches longitudinales sur l'attachement et l'adaptation, celle de Sroufe et collègues au Minnesota (Erickson, Sroufe, & Egeland, 1985; Renken, Egeland, Marvinney, Mangelsdorf, & Sroufe, 1989; Urban, Carlson, Egeland, & Sroufe, 1991), démontra un lien entre un attachement inséure mesuré à la première enfance et l'agressivité aux périodes préscolaires, scolaires, et pré-adolescentes. Il faut par contre mentionner que le patron Désorganisé ne fut pas utilisé dans cette série d'études. Dans une étude auprès d'une population d'enfants référés pour comportements antisociaux ou perturbateurs, Greenberg et al. (Greenberg, Speltz, & DeKlyen, 1993; Greenberg, Speltz, DeKlyen, & Endriga, 1991; Speltz, Greenberg, & DeKlyen, 1990) ont trouvé une forte prévalence d'attachement inséure pour l'échantillon clinique comparativement au groupe normatif (80 % vs. 30 %). Le patron Désorganisé/Contrôlant était particulièrement prévalent dans l'échantillon clinique. Lyons-Ruth et collègues (Lyons-Ruth, 1996; Lyons-Ruth, Alpern, & Repacholi, 1993) ont observé que des enfants qualifiés d'«hostiles» montraient dans la majorité des cas (71 %) une histoire d'attachement inséure de type Désorganisé dans la petite enfance. Les mêmes auteurs démontrèrent que les enfants d'âge scolaire présentant à la fois un attachement de type désorganisé-contrôlant et un fonctionnement cognitif déficient étaient nettement à risque, dans une proportion de 50 %, de présenter des problèmes de comportement extériorisés dans un contexte scolaire. Finalement, les

chercheurs associés à l'Étude Longitudinale de Pittsburgh (Shaw & Vondra, 1995; Shaw, Owens, Vondra, Keenan, & Winslow, 1997) ont présenté des résultats similaires à ceux des autres chercheurs, démontrant que les jeunes présentant un attachement Désorganisé dans la petite enfance étaient davantage susceptibles de présenter des niveaux élevés d'agressivité à 5 ans. En particulier, la combinaison de la désorganisation de l'attachement et d'un tempérament jugé «difficile» contribuait à élever de façon substantielle la fréquence des comportements agressifs.

Ces résultats suggèrent que l'attachement insécure, particulièrement de type désorganisé, peut contribuer au développement de l'agressivité mésadaptée chez l'enfant d'âge préscolaire et scolaire, particulièrement lorsque considéré en lien avec d'autres facteurs de risque. Cependant, le lien entre l'attachement et l'agressivité lorsque ces variables sont évaluées à l'âge adulte a été beaucoup moins investigué. Rosenstein & Horowitz (1996) ont trouvé un lien entre un attachement insécure de type Évitant mesuré à l'aide de l'AAI et un diagnostic de Trouble des Conduites pour un échantillon d'adolescents en milieu psychiatrique. Cette association, établie à partir d'une classification à 4 groupes, était particulièrement présente lorsqu'il y avait absence de Trouble Dépressif co-morbide. Cependant, Allen, Hauser, & Borman-Spurrell (1996) identifèrent le patron Préoccupé, lorsqu'accompagné de non-résolution, comme le meilleur prédicteur de la criminalité évaluée sur une période de 10 ans pour un échantillon d'adolescents hospitalisés en psychiatrie. Il faut ici noter que dans l'étude de Allen et al., 15 % des sujets furent considérés comme «Inclassifiables» (*Cannot Classify*) sur la base de leur protocole d'Adult Attachment Interview. Cette cote est généralement attribuée aux individus dont les protocoles rencontrent les critères de classification de

patrons qui sont mutuellement exclusifs (p.ex., Évitant et Préoccupé). Il s'agirait d'une classe conceptuellement reliée au patron Non-résolu, mais démontrant un niveau de désorganisation encore plus élevé (Hesse, 1996). Les adolescents considérés comme Inclassifiables dans l'étude d'Allen et al. montraient les niveaux d'antisocialité les plus élevés.

Fonagy et al. (1996) obtinrent des résultats similaires pour un groupe d'adultes hospitalisés en milieu psychiatrique présentant un Trouble de Personnalité Antisociale ou Paranoïaque. Plus des trois-quarts (77 %) de ces sujets furent en effet classifiés comme Non-résolus, sans tendance particulière au niveau de la classification secondaire. Dans une étude auprès d'une population d'hommes institutionnalisés pour des délits graves, van Ijzendoorn et al. (1997) ont observé une haute prévalence de désorganisation de l'attachement chez leur sujets. Les catégories Non-résolu et Inclassifiable mises ensemble totalisaient plus de la moitié (53 %) de l'échantillon et étaient à peu près également distribuées (10 et 11 sujets, respectivement). Finalement, dans une étude récente, Frodi, Dernevik, Sepa, Philipson, & Bragesjoe (2001) identifèrent le patron Évitant comme le plus courant chez des détenus ayant été identifiés comme psychopathes. Les patrons Non-résolu et Inclassifiable étaient également quelque peu plus élevés que la normale pour cette population.

Les études réalisées auprès des enfants, adolescents et adultes soulignent le rôle de l'insécurité de l'attachement dans le développement de l'agressivité et des comportements antisociaux, et ce à la fois pour les enfants, les adolescents et les adultes. Bien que les études réalisées à date ne sont pas assez nombreuses et homogènes dans leur échantillon ou méthodologie pour permettre d'établir un lien spécifique entre des formes

spécifiques d'insécurité de l'attachement et l'antisocialité, les résultats disponibles semblent suggérer un rôle important de la désorganisation de l'attachement dans le développement de ce type de problème. Cependant, des questions importantes demeurent, notamment en ce qui à trait aux conditions dans lesquelles une transmission parent-enfant de l'antisocialité peut s'effectuer. La présente étude visera à fournir des éléments de réponse à certaines de ces questions.

1.5 Questions et hypothèses de recherche

En l'absence de données suffisantes sur le lien entre les états d'esprit relatifs aux relations d'attachement chez les parents et les comportements agressifs chez leurs enfants, il est important que la recherche adresse ces questions. Peu de recherches sont disponibles quant au lien entre les représentations internes des relations d'attachement chez les mères et 1) les comportements antisociaux chez celles-ci, et 2) l'agressivité chez leurs enfants, particulièrement en regard de formes distinctes de comportements agressifs (p.ex., agressivité réactive vs. proactive). Qui plus est, le rôle des états d'esprit de la mère relatifs aux relations d'attachement dans la transmission de l'antisocialité n'a pas été exploré jusqu'à présent.

Le cadre théorique proposé dans le présent travail met l'accent sur le rôle des modèles internes de l'attachement chez la mère dans le développement des conduites antisociales chez cette dernière d'une part, et d'autre part comme facilitateur ou protecteur quant à la transmission des comportements antisociaux de mère à enfant. Plus spécifiquement, les questions suivantes seront abordées : 1) Quel est le lien entre l'antisocialité chez les mères adolescentes et l'agressivité chez leur enfant ?, 2) Quel est le lien entre les représentations des mères adolescentes liées à l'attachement et les profils

de comportements antisociaux chez celles-ci ?, 3) Quelle est la relation entre les états d'esprit de la mère en regard des relations d'attachement et l'agressivité chez l'enfant ?, 4) De quelle façon l'attachement et les représentations associées chez la mère peuvent-ils renforcer ou affaiblir le lien entre l'antisocialité de la mère et celle de l'enfant ?

Considérant ces questions ainsi que les points théoriques amenés jusqu'à présent, il est possible de présenter certaines hypothèses dans le cadre de cette recherche. Premièrement, l'antisocialité chez la mère devrait être associée à un plus grand risque chez l'enfant de développer des comportements agressifs, en accord avec la littérature sur ce thème (Farrington et al., 2001). Deuxièmement, il est suggéré que les comportements antisociaux seront plus prévalents chez les mères ayant un attachement inséure que chez celles présentant un attachement de type séure. Cette hypothèse veut mettre en lumière le rôle protecteur de la sécurité de l'attachement quant à l'ajustement psychosocial, à la fois chez les enfants et chez les individus adultes, tel que présenté dans la littérature (Thompson, 1999). Par contre, les données disponibles ne permettent pas de formuler une hypothèse spécifique quant au type d'insécurité le plus étroitement associé à l'antisocialité. La présente recherche examinera donc les différences entre différents patrons d'insécurité de façon exploratoire. Troisièmement, la sécurité de l'attachement chez la mère sera associée à un niveau moindre de comportements agressifs chez l'enfant. Cette hypothèse est en accord avec la littérature suggérant que les enfants de mères d'attachement inséure sont à risque accru de problèmes d'adaptation (Crowell et al., 1991 ; Greenberg, 1999). Encore ici, les différences entre des groupes distincts d'insécurité chez la mère seront explorées quant à leur lien avec le profil d'agressivité chez l'enfant. Quatrièmement, l'insécurité de l'attachement chez la mère renforcera le

lien entre l'antisocialité chez la mère et l'agressivité chez le jeune enfant. En retour, la présence d'un attachement sécure chez la mère devrait contribuer à affaiblir ce lien. Cette hypothèse s'appuie principalement sur la haute prévalence d'insécurité chez les populations avec problèmes de conduite ou de mères d'enfants ayant de tels problèmes (p.ex., Lyons-Ruth, 1996).

CHAPITRE 2

MÉTHODE

Méthode

La présente section de cette recherche vise à décrire le devis de recherche adopté, l'échantillon, l'instrumentation utilisée pour la collecte de données ainsi que les techniques d'analyse statistique.

2.1. Sujets

Les participants à l'étude sont 45 mères ainsi que leur enfant âgé de 4 à 7 ans. Les mères et enfants vus en laboratoire pour la recherche faisaient pour la plupart partie d'une étude longitudinale sur le développement d'enfants de jeunes mères, menée par l'Institut de Recherche pour le Développement Social des jeunes. Les mères participant à l'étude longitudinale de l'IRDS furent recrutées à l'origine dans une école pour jeunes mères de la région de Montréal (l'École Rosalie-Jetté), dans des foyers de groupe des Centres Jeunesse de Montréal, ainsi qu'à la Clinique d'Obstétrique de l'Hôpital de Montréal pour Enfants. De façon à augmenter la taille de l'échantillon et obtenir un échantillon plus à risque, les bases de données de la Clinique de Médecine Adolescente de l'Hôpital de Montréal pour Enfants furent consultées afin d'identifier des participantes potentielles. Les mères identifiées à l'aide des bases de données avaient été suivies à la clinique de Médecine Adolescente pour des durées variables, allant de quelques mois à plusieurs années, bien que la plupart des mères sur la liste n'étaient plus suivies au moment de l'étude.

Trente-cinq (35) mères composant l'échantillon provenaient de l'échantillon longitudinal, et 10 d'entre elles furent recrutées à partir des bases de données de l'Hôpital de Montréal pour Enfants. Pour être admissible à une participation dans la présente étude, les mères devaient avoir au moins 18 ans et avoir un enfant âgé de 4 à 7 ans. Les enfants

plus jeunes ne furent pas considérés en raison des modifications importantes dans la méthodologie que leur participation aurait nécessitée. Également, un écart de trois ans entre les enfants participant à l'étude semblait raisonnable afin de faciliter le recrutement d'un nombre de sujets suffisant, tout en limitant l'hétérogénéité de l'échantillon dans la mesure du possible. De plus, la mère et l'enfant devaient tous deux avoir une maîtrise adéquate des langues française ou anglaise, leur permettant de lire et comprendre des questions simples, et de mener une conversation de base, tel qu'évalué lors du contact téléphonique initial. Finalement, les enfants diagnostiqués avec un retard mental significatif ou encore un Trouble Psychotique n'étaient pas éligibles. Aucun enfant n'a cependant été exclu sur cette base.

Un total de 132 mères furent identifiées pour des fins de recrutement au projet, incluant 54 noms sélectionnés au hasard provenant de l'échantillon de l'IRDS, représentant un peu plus de 20 % de l'échantillon original ($n = 252$), et 78 provenant des bases de données de l'Hôpital de Montréal pour Enfants (pour un n total de 107 mères vues en clinique pédiatrique ayant un enfant dans le groupe d'âge recherché, représentant donc 73 %). Dans le cas des mères provenant de l'échantillon de L'HME, l'écart entre l'échantillon possible ($n = 107$) et l'échantillon potentiel ($n = 78$) s'explique par le fait que certaines mères n'ont pas laissé de numéro de téléphone lors de leurs visites à la clinique.

Dans un premier temps, les chercheurs tentèrent de contacter par téléphone les participantes potentielles ($n = 132$) de façon à introduire les objectifs et composantes de la recherche. Soixante-quatre (64 ; 48 %) mères purent être contactées par les chercheurs, incluant 44 (81 %) mères provenant de l'échantillon de l'IRDS mais seulement 20 (26 %)

provenant des bases de données de l'Hôpital de Montréal pour Enfants. Le faible taux obtenu pour les mères de l'HME s'explique par le fait que ces mères n'étaient pour la plupart plus suivies en clinique à l'hôpital, que les bases de données n'étaient plus à jour, et que les mères vues dans cette institution tendent à montrer peu de stabilité dans leur lieu de résidence. Des mères rejointes, 9 (14 %) refusèrent une participation à l'étude, dont 4 provenant de l'échantillon de l'IRDS et 5 provenant de l'échantillon de l'HME. Dix (10) mères additionnelles ont exprimé un intérêt pour la recherche lorsque rejointes par téléphone, mais ont manqué les rendez-vous cédulés avec les chercheurs, dont 5 provenaient de l'échantillon de l'IRDS et 5 provenaient de l'échantillon de l'HME. Le pourcentage de participation pour l'ensemble de mères éligibles est de 34 %, alors que pour les mères contactées, ce taux est de 72 %. Ces données suggèrent donc que la principale menace à la validité externe de l'étude réside dans l'impossibilité à obtenir accès à un échantillon qui soit représentatif de l'ensemble des mères adolescentes, en tant que population. Bien qu'il soit difficile d'évaluer précisément l'impact de ce type de biais sur la validité des résultats, le fait que les mères démontrant moins de stabilité, tel qu'illustré par l'impossibilité de les rejoindre ou le manque d'information concernant leur lieu de résidence actuel, soient moins présentes dans l'échantillon suggère que le niveau de risque global de l'échantillon est probablement moindre que celui des mères adolescentes en tant que population.

Les caractéristiques socio-démographiques des participants sont présentées dans le tableau 1. Toutes les mères ont eu un premier enfant durant leur adolescence, soit avant 18 ans. Les enfants faisant l'objet de la présente étude étaient en majorité (67 %) des filles, avec un âge médian de 5 ans. L'âge médian des mères au moment de la collecte de

données était de 23 ans. Les données indiquent que les mères participantes proviennent pour la plupart de milieux socio-économiques désavantagés, près de 40 % d'entre elles dépendant d'un soutien financier du gouvernement (autre que les prêts et bourses pour étudiants). Plus du tiers (34 %) de ces mères vivent seules avec leurs enfants. Trente pour cent (30 %) d'entre elles n'ont pas complété un Secondaire V. Cependant, 40 % des participantes étaient étudiantes au moment de la collecte de données, dont 16 % au niveau universitaire. Finalement, 45 % des mères de l'échantillon avaient un seul enfant, 36 % en avaient 2 et un 19 % additionnel avaient 3 enfants ou plus. Le tableau qui se dégage de ces données est similaire à celui présenté dans la plupart des études sur les jeunes mères : présence d'un niveau socio-économique moindre et manque relatif de ressources matérielles dans un grand nombre de cas. Cependant, il faut noter la présence d'une variabilité importante au niveau des ressources dont disposent ces mères, se reflétant par exemple dans le fait que plusieurs sont scolarisées et bénéficient d'un revenu supplémentaire provenant du conjoint ou de la famille d'origine.

2.2 Procédure

Suivant le contact initial avec les mères ayant démontré un désir de participer à la recherche, des procédures différentes étaient prévues selon que la mère et l'enfant faisaient ou non déjà partie de l'étude longitudinale. Pour les mères faisant déjà partie de l'étude, ayant donc déjà fourni certaines données aux chercheurs à travers les collectes antérieures, une brève visite à la maison, d'environ 30 minutes, fut planifiée afin d'administrer à la mère certains questionnaires n'ayant jamais été administrés auparavant, ainsi qu'une procédure d'évaluation de l'attachement adulte utilisée dans le cadre de la présente étude (voir prochaine section). Pour les mères ayant été recrutées au cours du

présent projet, une visite au laboratoire du Centre d'Études sur l'Attachement et la Famille, à l'UQAM, fut organisée avec la mère et l'enfant afin de récolter toutes les

Tableau 1.

Caractéristiques socio-démographiques des participants (N = 44)

Variable	Moyenne ou fréquence	Pourcentage
Âge médian de la mère	23	
Âge minimum	20	
Âge maximum	27	
Âge médian de l'enfant	5	
Éducation de la mère		
Secondaire V non-complété	13	30
Secondaire V complété	14	32
CEGEP ou université	17	38
Statut marital		
Célibataire ou séparée	24	56
Mariée ou en union libre	19	44
Statut de résidence		
Vit avec conjoint	19	43
Vit seule	14	32
Vit avec famille d'origine	8	18
Autres	3	7

Tableau 1

Suite...

Variable	Moyenne ou fréquence	Pourcentage
Source principale de revenus		
Emploi de la mère	11	26
Emploi du conjoint	11	26
Aide gouvernementale	17	40
Prêts et bourses pour étudiants	4	9
Nombre d'enfants		
Un	20	46
Deux	16	36
Trois ou plus	8	18

données nécessaires, incluant donc celles utilisées dans cette recherche ainsi que dans l'étude longitudinale.

La visite au laboratoire durait en moyenne entre 2 et 3 heures. Les mères vues à la maison se voyait offrir une compensation financière d'une valeur de 15 \$, alors que le montant offert était de 35 \$ pour les mères vues en laboratoire. Toutes les mères offrirent un consentement éclairé à partir du formulaire de consentement (voir Annexe) approuvé par le Comité d'Éthique de l'Hôpital de Montréal pour Enfants, et se virent offrir la possibilité de poser des questions sur la recherche ainsi que la procédure.

La visite à la maison se déroulait en 3 temps. Premièrement, une brève période d'introduction avait pour but de rassurer la mère et créer un climat de confiance entourant

la procédure. Deuxièmement, les questionnaires d'intérêt dans la présente étude étaient administrés. En dernier lieu, l'évaluation de l'attachement était réalisée à l'aide d'une technique projective (voir section 2.3.3).

La visite au laboratoire débutait également par une brève période d'échange entre les chercheurs, la mère et l'enfant. La mère et l'enfant étaient alors conduits dans des salles adjacentes, où la mère complétait des questionnaires et l'enfant réalisait certaines tâches (non utilisées ici) en compagnie d'un expérimentateur. Après une période d'environ 1 heure, la mère et l'enfant étaient réunis pour une procédure de Situation Étrange. Suivant cette procédure, l'enfant et la mère se voyaient offrir une légère collation, laquelle était filmée avec le consentement de la mère. Par après, des tâches de résolution de problèmes furent effectuées avec la mère et l'enfant, suivant lesquelles la dyade était séparée de nouveau afin que la mère retourne compléter les questionnaires et la procédure d'évaluation de l'attachement, l'enfant demeurant de son côté avec un des expérimentateurs pour terminer les tâches débutées plus tôt.

2.3 Mesures

2.3.1 *Caractéristiques socio-démographiques*

Un questionnaire portant sur l'information de nature socio-démographique (voir Annexe) fut administré aux participantes. Le questionnaire inclut des questions sur l'âge de la mère et de l'enfant, le statut socio-économique, les caractéristiques du milieu de vie, le niveau d'éducation, les caractéristiques des partenaires, l'histoire psychiatrique personnelle et familiale, les antécédents légaux (soi et famille), l'histoire médicale (soi et famille). La plupart des questions incluses dans ce questionnaire pouvait être simplement répondues dans un format « Oui » ou « Non ».

2.3.2 Caractéristiques antisociales chez la mère et le père biologique

Antisocial Process Screening Device. Le *Antisocial Process Screening Device*

(APSD; connu jusqu'à récemment sous le nom de *Psychopathy Screening Device*; Frick & Hare, 2002) fut utilisé pour évaluer les dimensions propres aux conduites antisociales chez la mère. L'APSD est un questionnaire de 20 items cotés sur une échelle allant de 0 (Pas du tout ou jamais vrai) à 2 (Définitivement ou toujours vrai), et incluant 3 versions, l'une de format « auto-rapporté », une deuxième à être complétée par un parent, et la dernière s'adressant au professeur ou une figure similaire. Les 3 versions comportent les mêmes items, énoncés de façon quelque peu différente afin de prendre en compte les différents contextes d'évaluation. Seule la version auto-rapportée sera utilisée dans le cadre de ce projet. Par ailleurs, étant donné que l'APSD a été développé à l'origine pour évaluer les dimensions de l'antisocialité chez les juvéniles, les items ont été légèrement modifiés de façon à créer une version rétrospective de l'instrument (voir Annexe), dans laquelle les participantes doivent coter chaque item basé sur leur perception d'eux-même ou de leur comportement durant leur enfance ou adolescence. Cette décision a été prise sur la base de deux éléments. Premièrement, la forte probabilité que l'échantillon montre un biais de sélection important allant dans le sens d'un niveau d'antisocialité actuel moindre, dû au fait qu'une proportion importante de mères n'ont pu être rejointes. En effet, il est tout-à-fait possible que les mères les plus mobiles et démontrant le moins de stabilité quant à leur milieu de vie (donc plus difficiles à contacter), sont justement celles qui montrent les niveaux d'antisocialité les plus élevés. Deuxièmement, des évidences existent suggérant que le fait de devenir mère implique un certain contrôle social et a généralement un effet inhibant sur la délinquance juvénile chez les filles (Hope, Wilder,

& Watt, 2003). Par conséquent, les manifestations d'agir antisocial sont plus susceptibles d'être observés *avant* que la jeune femme ne devienne mère plutôt qu'après. La décision prise de modifier l'APSD original, version auto-rapportée, avait donc pour but de maximiser la variabilité dans les profils d'antisocialité obtenus.

Les versions originales de l'APSD, sous une forme composite, ont démontré de bonnes qualités psychométriques (voir Frick, Bodin, & Barry, 2000). Les analyses factorielles auprès d'un grand échantillon d'enfants provenant de la population générale a mis en lumière une structure à 3 facteurs, incluant une dimension nommée «Narcissisme», un autre nommée «Impulsivité», et une dernière nommée «Insensibilité / Manque d'affectivité». Cependant, des analyses similaires réalisées auprès d'un échantillon clinique ont révélé une structure plus simple à 2 facteurs : 1) Comportements antisociaux, et 2) Insensibilité / Manque d'affectivité. Des analyses factorielles confirmatoires suggéraient en outre pour cet échantillon que l'ajout d'un troisième facteur ne contribuaient pas à l'amélioration du modèle. Par conséquent, étant donné l'impossibilité de vérifier la structure factorielle du questionnaire dans la présente étude, à cause d'une taille d'échantillon insuffisante, la solution à 2 facteurs, plus conservatrice, fut adoptée. Un exemple d'item composant l'échelle de Comportements Antisociaux est : «(dans mon enfance ou mon adolescence...) je blamais les autres pour mes erreurs». Un item inclus dans l'échelle d'Insensibilité / Manque d'affectivité est : «(dans mon enfance ou mon adolescence...) mes émotions étaient superficielles et peu profondes». Les indices de consistance interne du APSD étaient de 0,76 pour l'échelle de Comportements Antisociaux, et de 0,63 pour l'échelle d'Insensibilité / Manque d'affectivité. Aucune valeur test-retest n'est disponible pour le moment.

Il importe évidemment de considérer la possibilité que les modifications apportées au APSD puissent avoir altérées ses propriétés psychométriques et sa validité originale. En effet, bien que les mesures rétrospectives d'évaluation des *comportements* antisociaux soient couramment utilisées, les efforts pour évaluer les *traits de personnalité* associés à un syndrome antisocial de façon rétrospective peuvent être critiqués dû au fait que la capacité des participants à formuler une description réaliste de leur personnalité dans le passé est sujette à plusieurs sources de distorsions (Bruhn, 1990). Dans ce contexte, il sera important de noter les liens obtenus entre cette dimension évaluée et d'autres variables dans l'étude, de façon à vérifier si ceux-ci vont dans le sens des prédictions basées sur les considérations théoriques appropriées (voir Frick & Ellis, 1999).

Questionnaire ELDEQ. Un questionnaire (Zoccolillo et al., 2003) basé sur les antécédents de Trouble des Conduites ou Trouble de Personnalité Antisociale chez la mère et le père biologique fut également administré aux participantes (voir Annexe). Cet instrument, développé dans le cadre de l'Étude Longitudinale sur le Développement des Enfants au Québec (ELDEQ), inclut des questions relatives à 8 symptômes du Trouble des Conduites ou Trouble de Personnalité Antisociale dans l'enfance et l'âge adulte du sujet (4 questions pour chaque période). Ces questions, sous format oui / non, sont basées sur la description des symptômes pour ces troubles inclut dans le DSM (APA, 1994). Les items relatifs à l'enfance incluent : 1) le vol, 2) l'initiation de bagarres, 3) des problèmes avec la loi ou la Protection de la Jeunesse, 4) la suspension d'établissements scolaires. Les items relatifs à l'âge adulte comprennent : 1) les problèmes de conduite dans le cadre d'un emploi, 2) les arrestations pour des infractions autres que reliées au comportement

routier, 3) les antécédents d'agression vis-à-vis autrui, et 4) les problèmes reliés à la consommation ou l'abus de substances.

Par ailleurs, le questionnaire ne permet pas d'établir un diagnostic formel de Trouble des Conduites ou Trouble de Personnalité Antisociale, mais seulement de documenter la présence ou l'absence de symptômes spécifiques. Bien qu'il soit possible de calculer un score continu pour ce questionnaire, une telle stratégie n'est pas adéquate puisque les symptômes évalués font selon toute probabilité partie d'un construit sous-jacent, lequel est mieux représenté sous forme de catégories qualitativement distinctes (Zoccolillo et al., 2003). Par conséquent, dans le cadre de la présente étude, cet instrument est utilisé de façon conforme aux suggestions des auteurs originaux, de façon à établir des catégories *qualitativement distinctes* d'individus antisociaux vs. non-antisociaux, à l'aide d'analyses de regroupement (voir section 3.1).

2.3.3 *Attachement chez la mère*

La variable d'attachement chez la mère fut évaluée à partir de *L'Adult Attachment Projective* (AAP; George, West, & Pettem, 1997). L'AAP est un système d'évaluation basé sur l'analyse de récits narratifs, développé de façon à donner aux professionnels de l'attachement un outil de mesure axé sur la validité de construit, qui préserve l'emphase sur l'évaluation des représentations internes propre à la théorie clinique-développementale de l'attachement (Bowlby, 1988; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985), et en même temps remédie aux limitations propres aux méthodes basées sur les entrevues. L'AAP permet une classification de l'attachement selon 4 groupes principaux, parallèle à celle de l'AAI (George, Kaplan, & Main, 1985). L'AAP comprend 8 illustrations, l'une d'entre elles présentant un thème neutre, et les autres décrivant des situations qui, en

théorie, activent le système comportemental d'attachement, par exemple la solitude, la séparation, la mort ou l'abus. Les illustrations montrent des situations impliquant des dyades adulte-adulte, adulte-enfant, un enfant seul, ou encore un adulte seul.

L'administration de l'AAP débute avec la présentation de l'image neutre de façon à introduire le participant à la tâche. Par la suite, les autres planches sont passées au sujet une par une. Les consignes de passation consistent à demander au participant d'inventer une histoire à partir de ce qu'il ou elle voit sur la planche. Il est spécifié que l'histoire doit comprendre un début, un déroulement et une fin, ainsi qu'une référence à comment les personnages se sentent ou à quoi ils pensent. L'administration de l'AAP dure généralement de 15 à 30 minutes.

Les données de validation obtenues à date auprès de 3 échantillons distincts suggèrent que l'AAP est une mesure fiable et valide de l'attachement adulte. La fiabilité inter-juge pour les échantillons combinés ($n = 140$) se situe à .97 ($\kappa = .68, p < .001$) pour les catégories Sécure-Insécure, et à .92 ($\kappa = .86, p < .001$) pour les quatre groupes d'attachement (F, Ds, E et U). La convergence entre la classification de l'AAP et celle de l'AAI ($n = 122$) s'avère excellente, atteignant .96 ($\kappa = .76, p < .001$) pour les catégories Sécure-Insécure, et .94 ($\kappa = .86, p < .001$) pour les quatre groupes d'attachement (George & West, 2003). Des données additionnelles fournissant un certain support à la validité de construit de l'AAP peuvent être trouvées dans une étude récente de West & George (2002), laquelle documente le lien attendu entre l'attachement de type Préoccupé et le Trouble Dysthymique pour un échantillon de femmes en milieu psychiatrique ($n = 24$).

Pour les fins de la présente étude, 15 protocoles AAP furent choisis au hasard et évalués par des examinateurs indépendants, ceux-ci étant certifié par Carol George. La

fiabilité inter-juge pour ces protocoles se situe à .73 ($\kappa = .54, p < .001$). Les désaccords au niveau de la cotation de ces protocoles furent résolus à travers des discussions entre les examinateurs et Carol George. Les profils d'attachement obtenus pour le présent échantillon sont répartis comme suit : Sécure-Autonomie : $n = 13$ (30 %); Évitant : $n = 8$ (18 %); Préoccupé : $n = 4$ (9 %); Non-résolu : $n = 19$ (43 %). La prévalence plus faible qu'attendu du patron Sécure-Autonomie ainsi que celle plus élevée du patron Non-résolu sont compatibles avec les recherches antérieures auprès de cette population (Ward & Carlson, 1995). Lorsque les individus ayant un attachement Non-résolu ($n = 19$) furent groupés selon leur patron d'attachement primaire, 6 (32 %) furent classifiés Sécure-Autonomie, 7 (37 %) furent classifiés Évitant, et 6 (32 %) furent classifiés Préoccupés. Pour les fins des analyses principales, les individus ayant la dénomination « Non-résolu » furent redistribués selon leur patron d'attachement primaire, conformément aux recommandations de Pederson, Gleason, Moran, & Bento (1998) et Eiden, Teti, & Corns (1995), et de façon à obtenir un nombre suffisant de sujets pour chaque patron d'attachement. Toutefois, la présence de désorganisation de l'attachement chez la mère fut incluse dans les analyses à titre de variable additionnelle (voir section 2.4). Les distributions finales pour chaque patron d'attachement primaire sont : Sécure-Autonomie : $n = 19$ (42 %); Évitant : $n = 15$ (33 %); Préoccupé : $n = 10$ (22 %).

2.3.4 *Comportements agressifs chez l'enfant*

Child Behavior Checklist. Les comportements agressifs de l'enfant furent évalués à partir de 2 instruments complétés par la mère, plus spécifiquement l'échelle d'agressivité du *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991) et le questionnaire de Dodge & Coie (1987) sur l'agressivité proactive et réactive. L'échelle d'agressivité du

CBCL comprend 20 items cotés sur une échelle allant de 0 (jamais vrai) à 2 (souvent / toujours vrai). Le CBCL est un instrument évaluant la fréquence et la sévérité des problèmes de comportement chez les enfants. Les sous-échelles ont été développées sur la base d'analyses de composantes principales réalisées à partir de protocoles obtenus d'un large échantillon d'enfants provenant de la population générale. L'échelle d'agressivité est composée d'items ayant démontré une tendance à covarier, mais n'étant pas nécessairement associés à l'agression en tant que tel. Par exemple, l'échelle contient des items relatifs à l'agression physique (p.ex. : «attaque les gens»), ou encore à des comportements pouvant être hostiles ou agressants (p.ex. : «est souvent jaloux»). Le CBCL a fait l'objet d'une validation extensive auprès de populations ayant des caractéristiques diverses, et constitue l'un des instruments les plus fréquemment utilisés en recherche. Des scores bruts ou encore de type *t* peuvent être obtenus. Les scores-*t* ont une moyenne uniforme de 50 avec un écart-type de 10, et sont ajustés en fonction du sexe et autres caractéristiques des sujets. En accord avec les recommandations de l'auteur du test (Achenbach, 1991), les scores bruts sont utilisés dans les analyses statistiques.

Questionnaire sur l'agressivité réactive et proactive. Le questionnaire de Dodge & Coie (1987) constitue un instrument davantage axé sur la validité de construit que le CBCL. Ce questionnaire contient 6 items identifiant 2 types de comportements agressifs chez les enfants : proactifs et réactifs. Un exemple d'item évaluant l'agressivité proactive est « Votre enfant encourage les autres à s'en prendre à un enfant qu'ils n'aiment pas ». Un exemple d'item mesurant l'agressivité réactive est « Quant votre enfant est agacé ou menacé, il se fâche facilement et réplique de façon agressive ». Dans le cadre de la présente recherche, les items sont cotés sur une échelle de 6 points de type Likert, allant

de 0 (Jamais vrai) à 6 (Presque toujours vrai), de façon à maximiser la variance propre à chaque échelle.

Une série d'analyses factorielles confirmatoires par Poulin & Boivin (2000a) supportent la structure bi-factorielle originale de l'instrument. Par ailleurs, des données portant sur les comportements des jeunes en contexte d'interactions avec les pairs suggèrent que les deux dimensions contribuent significativement à la prédiction des interactions de nature agressive (Poulin & Boivin, 2000b). La fiabilité et validité de ce questionnaire sont également supportées par les travaux des auteurs originaux (Dodge & Coie, 1987), qui rapportent de hautes valeurs pour les coefficients alpha de chaque dimension, les indices de fiabilité inter-juges, et la stabilité test-retest. La validité de convergence de l'instrument fut établie à partir des cotations de professeurs et de scores obtenus dans le cadre d'observations par des juges indépendants.

2.4 Devis de recherche et analyses statistiques

La présente recherche vise principalement à examiner la relation entre l'attachement chez la mère et 1) les conduites antisociales maternelles, 2) les comportements agressifs chez les enfants, et 3) l'association entre l'antisocialité de la mère et celle de l'enfant. Les données de recherche sont obtenues dans le cadre d'une seule collecte. Par conséquent, le devis de recherche est non-expérimental, transversal, et corrélationnel / comparatif.

Les analyses de données seront faites de façon séquentielle, suivant l'ordre des questions de recherche. Dans un premier temps, des analyses préliminaires seront effectuées pour vérifier les relations entre les variables socio-démographiques et les variables d'intérêt de la présente étude, de façon à identifier des sources de biais

potentiels. Suivant ceci, les relations entre les variables reliées à l'antisocialité chez la mère seront examinées. Ainsi, dans le cadre de cette étude, l'antisocialité chez la mère est mesurée de manière dimensionnelle (APSD) et catégorielle (questionnaire ELDEQ), en accord avec les recommandations de Frick (1998). Pour ce faire, un profil d'antisocialité au questionnaire ELDEQ sera d'abord établi à l'aide d'une analyse de regroupements (*cluster analysis*). Cette procédure vise à établir des profils de sujets en considérant l'ensemble des variables considérées (items individuels du questionnaire) simultanément. En raison du fait que des profils-type sont recherchés plutôt que des profils d'exception, et considérant la faible taille de l'échantillon, une solution 2 facteurs sera imposée d'emblée. La relation entre les 2 variables obtenues (Non-antisocial vs. Antisocial) sera évaluée par le biais de simples tests-*t*.

Dans un deuxième temps, le lien entre les caractéristiques antisociales chez la mère et les comportements agressifs chez l'enfant sera examiné, en utilisant une série de corrélations de Pearson (*r*) pour évaluer les associations entre les différentes échelles.

Dans un troisième temps, le lien entre l'attachement maternel et le profil d'antisocialité chez celle-ci sera évalué. Les analyses consisteront en des ANOVAs factoriels avec tests post-hocs de Scheffé visant à examiner les différences entre les trois patrons d'attachement primaires (F, Ds, E) ainsi qu'en fonction de la présence ou absence de désorganisation (U vs Non-U) sur les 2 dimensions du APSD. L'adoption du test de Scheffé pour les fins des analyses repose sur le fait qu'il s'agit d'un test relativement robuste et conservateur (donc diminuant le risque d'erreur de type I), qui peut être utilisé lorsque les groupes sont de taille différente. Des tests de Chi-carré incluant les mêmes

groupes que pour les ANOVAs seront utilisés pour l'approche catégorielle (questionnaire ELDEQ).

Par la suite, des ANOVAs factoriels seront effectués afin de vérifier le lien entre l'attachement maternel et les comportements agressifs de l'enfant, en utilisant les mêmes groupes que dans l'analyse décrite précédemment (F vs. Ds vs. E) et (U vs. Non-U), et ce pour chaque variable d'agressivité chez l'enfant (agressivité globale au CBCL, agressivité réactive, agressivité proactive). La multiplication des tests à cette étape, bien que non souhaitable dans la plupart des contextes, est rendue nécessaire par le fait que les variables dépendantes ne devraient montrer qu'une variance commune limitée (Dodge & Coie, 1987; Poulin & Boivin, 2000), prévenant donc l'utilisation de techniques multivariées.

Les analyses finales examineront le rôle de l'attachement en tant que facteur modérateur du lien potentiel entre l'antisocialité chez la mère et les comportements agressifs chez l'enfant. Le profil d'antisocialité de la mère (Antisocial vs. Non-antisocial) obtenu à partir des données du questionnaire de l'ELDEQ sera utilisé dans les analyses. Celles-ci consisteront en une série de 3 analyses de variance (ANOVA) factorielles, une pour chaque variable dépendante (indices de comportements agressifs chez le jeune). En ligne avec les recommandations émises par Barron et Kenny (1986), les interactions doubles entre antisocialité maternelle X attachement primaire (3 groupes), et entre antisocialité maternelle et désorganisation (2 groupes) seront examinées pour vérifier la présence d'un effet de modulation. Les interactions à 3 termes (antisocialité maternelle X attachement primaire X attachement Non-résolu) ne pourront être évaluées dans le cadre de cette recherche en raison d'une taille d'échantillon insuffisante. Pour les analyses

ressortant comme significatives, le profil d'antisocialité chez le père biologique sera ajouté comme covariable, de façon à mieux contrôler pour l'impact potentiel de l'antisocialité chez le père.

CHAPITRE 3

RÉSULTATS

Résultats

La présente section du travail visera à présenter les résultats obtenus, de manière congruente avec les questions et hypothèses de recherche décrites précédemment (voir chapitre 1).

3.1 Analyses préliminaires

La première étape de l'analyse des données visait à créer une variable catégorielle d'antisocialité basée sur les informations obtenues des mères par le biais du questionnaire ELDEQ, puisque cette variable doit être utilisée dans les analyses subséquentes. Pour ce faire, les 8 items dichotomiques composant le questionnaire furent traités à l'aide de la procédure de l'analyse de regroupements à deux étapes (*Two-step Cluster Analysis*), laquelle peut prendre en compte à la fois des variables catégorielles, ordinales et continues de façon simultanée. Les items furent traités comme des variables catégorielles dans le cadre de cette analyse. Une solution à 2 groupes fut imposée d'emblée, la procédure ne visant pas ici à découvrir la structure « véritable » sous-jacente aux données, mais simplement à créer une distinction entre les mères montrant des traits d'antisocialité et celles ne montrant pas de tels traits, sur une base strictement empirique.

Deux groupes de sujets de nombre égal ($n = 22$ dans chaque groupe) furent ainsi créés. Le tableau 2 illustre les différences entre ces deux groupes en fonction des items du questionnaire ELDEQ. Le premier groupe se distingue par une prévalence plus grande de certains comportements antisociaux durant l'enfance ou l'adolescence, tels que des vols ou encore des problèmes disciplinaires à l'école. Les problèmes avec la justice durant l'enfance ou l'adolescence sont également quelque peu plus fréquents dans ce groupe (36 % vs. 0 %). Cependant, il faut remarquer que les comportements antisociaux rapportés

pour ce groupe paraissent plutôt de sévérité moindre et sont limités à la période avant l'âge adulte. Par conséquent, il convient davantage de parler pour ce groupe d'*antécédents* d'antisocialité dans le passé que d'antisocialité actuelle. Le deuxième groupe, pour sa part, se caractérise par l'absence générale de comportements antisociaux rapportés.

Tableau 2

Analyse de regroupements : Profils d'antisocialité pour les jeunes mères (N = 44)

Variable	Profil obtenu		
	Antisocial dans l'enfance (n = 22)	Non-antisocial (n = 22)	$\chi^2(1)$
Vol dans l'enfance	18 (82 %)	0 (0 %)	30.46**
Bagarres dans l'enfance	4 (18 %)	1 (5 %)	2.03
Arrestations dans l'enfance	8 (36 %)	0 (0 %)	9.78*
Problèmes à l'école	11 (50 %)	0 (0 %)	14.67**
Problèmes au travail	1 (5 %)	1 (5 %)	0.00
Arrestations adultes	1 (5 %)	0 (0 %)	1.02
Bagarres adultes	2 (9 %)	0 (0 %)	2.10
Problèmes dûs à			
Abus de substances	1 (5 %)	0 (0 %)	1.02

Note. * $p < .01$ ** $p < .001$

La même procédure fut utilisée pour créer des profils distincts chez les pères biologiques (voir tableau 3). Deux groupes furent ainsi créés, « non-antisocial » et « antisocial », comprenant respectivement 25 (63 %) et 14 (37 %) pères. De façon

Tableau 3

Analyse de regroupements : Profils d'antisocialité pour les pères (N = 39)

Variable	Profil obtenu		
	Antisocial dans l'enfance (n = 14)	Non-antisocial (n = 25)	$\chi^2(1)$
Vol dans l'enfance	10 (100 %)	17 (0 %)	27.00***
Bagarres dans l'enfance	9 (75 %)	2 (11 %)	13.36**
Arrestations dans l'enfance	8 (67 %)	3 (14 %)	9.43*
Problèmes à l'école	11 (100 %)	1 (6 %)	24.16***
Problèmes au travail	6 (55 %)	4 (17 %)	4.95*
Arrestations adultes	6 (50 %)	4 (18 %)	3.79*
Bagarres adultes	5 (39 %)	4 (18 %)	2.10
Problèmes dus à			
Abus de substances	9 (64 %)	0 (0 %)	19.54***

Note. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

intéressante, les 2 groupes se distinguaient sur toutes les variables du questionnaire ELDEQ, à l'exception de l'item « Bagarres à l'âge adulte » (18 % vs. 39 %, $\chi^2(1) = 2.10$, *n.s.*). Le groupe « antisocial » se caractérisait entre autres par une forte prévalence de confrontations physiques durant l'enfance ou l'adolescence (75 %), de problèmes avec la justice durant cette période (67 %), de problèmes disciplinaires à l'école (100 %), et de problèmes causés par leur consommation de substances à l'âge adulte (64 %).

Dans un deuxième temps, les variables socio-démographiques suivantes furent sélectionnées de façon à vérifier leur lien potentiel avec les variables dépendantes

(antisocialité chez la mère et comportements agressifs chez l'enfant) de l'étude : 1) Âge de l'enfant, 2) Âge de la mère, 3) Âge de la mère au premier enfant, 4) Nombre d'enfants, 5) Sexe de l'enfant, 6) Statut marital de la mère (en relation vs. Seule), 7) Source principale de revenu (Emploi de mère ou conjoint vs. Autre), 8) Éducation de la mère (CEGEP/université vs. Autre). Des corrélations de Pearson, des tests-*t* ou encore des tests de Chi-carré furent employés pour vérifier les associations, selon la nature des variables (continues ou catégorielles). Pour les variables continues, seule une corrélation inverse significative fut observée entre les comportements agressifs de l'enfant au CBCL et l'âge de la mère au premier enfant, $r(44) = -.46, p < .01$. Aucun résultat significatif ne fut trouvé pour les variables catégorielles.

3.2 Lien entre antisocialité chez les parents et comportements agressifs chez l'enfant

Étant donné le lien bien établi entre les traits antisociaux chez les parents et des traits similaires chez leurs enfants (Robins et al., 1975), il est important de vérifier la présence d'un tel lien au sein de notre échantillon. Pour ce faire, les associations entre les scores obtenus aux échelles mesurant les caractéristiques antisociales chez la mère ainsi que le père biologique, et les comportements agressifs chez les enfants, furent vérifiées à l'aide de corrélations simples, de tests-*t* ou encore de tests de Chi-carré, selon la nature des variables. Cependant, dans un premier temps, les corrélations entre les échelles de même instruments furent obtenues de façon à avoir une meilleure idée de la relation entre les prédicteurs utilisés. Au niveau des mesures de caractéristiques d'antisocialité chez la mère, les résultats confirment la structure orthogonale de l'APSD, les deux dimensions ne montrant pas de lien significatif, $r(44) = .11, n.s$. Le profil d'antisocialité obtenu au questionnaire ELDEQ est pour sa part associé à la dimension « Problèmes de conduite »

de l'APSD [$t(42) = -2.56, p = .01$], mais pas à celle d' « Insensibilité / Manque d'affectivité » [$t(42) = -1.19, n.s.$]. Le profil d'antisocialité du père biologique n'est associé ni au profil d'antisocialité maternelle au questionnaire ELDEQ [$\chi^2(1) = 0.10, n.s.$], ni aux dimensions de l'APSD [respectivement $t(37) = -0.84, n.s.$, et $t(37) = 1.51, n.s.$].

Au niveau des échelles mesurant l'agressivité chez l'enfant, un lien significatif, de magnitude modérée, fut observé entre les mesures d'agressivité proactive et réactive, $r(44) = .43, p < .01$. L'agressivité telle que mesurée à l'aide de l'échelle de comportements agressifs du CBCL a démontré des liens significatifs mais modérés avec les échelles d'agressivité réactive [$r(44) = .33, p < .05$], et proactive [$r(44) = .49, p = .001$] du questionnaire de Dodge et Coie. Les résultats préliminaires obtenus suggèrent donc que les instruments utilisés mesurent des variables empiriquement reliées, mais également distinctes, ce qui justifie l'utilisation de techniques statistiques univariées plutôt que multivariées dans l'analyse des données.

Dans un deuxième temps, des coefficients de corrélation de Pearson furent obtenus pour les dimensions d'antisocialité maternelle et les échelles de comportements agressifs chez l'enfant (voir tableau 4). Dans l'ensemble, les coefficients obtenus indiquent un lien de magnitude faible à modérée. Un examen des résultats permet de constater que la relation entre la dimension « Problèmes de conduite » et les comportements agressifs chez l'enfant est systématiquement plus forte que celle impliquant la dimension « Insensibilité / Manque d'affectivité ». Par ailleurs, une analyse de régression multiple hiérarchique indique que, dans un modèle additif expliquant au total 38 % de la variance dans les scores d'agressivité telle que mesurée par le CBCL,

l'ajout de la composante « Insensibilité / Manque d'affectivité » permet d'expliquer 7 % de variance supplémentaire au 31 % obtenu par la variable « Problèmes de conduite ».

Tableau 4.

Coefficients de corrélation : Dimensions des caractéristiques antisociales chez la mère et comportements agressifs chez l'enfant (N = 44).

Variables	Agressivité CBCL	Agressivité réactive	Agressivité proactive
Maternelles			
Problèmes de Conduite	.56***	.33*	.36*
Insensibilité / Manque d'affectivité	.33*	.19	.27 †

Note. † $p < .10$ * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Le lien entre les profils d'antisocialité pour la mère ainsi que le père biologique, tels qu'obtenus à partir du questionnaire ELDEQ, et les comportements agressifs chez l'enfant ont également été vérifiés à l'aide de tests- t ou d'analyses de covariance (ANCOVA). La présence d'antécédents antisociaux chez la mère est associée à davantage de comportements agressifs chez l'enfant, et ce même lorsque l'âge de la mère au premier enfant est gardé constant, $F(1, 43) = 9.67, p < .01$. Un lien est également observé entre la présence d'antisocialité dans l'enfance ou l'adolescence chez la mère et l'agressivité réactive [$t(42) = -3.43, p = .001$], mais non proactive [$t(42) = -1.56, n.s.$] chez l'enfant.

Du côté du père biologique, la présence d'antisocialité chez ce dernier n'est associée à aucune variable reliée à l'agressivité chez l'enfant, et ce même si la fréquence des contacts avec l'enfant est considérée comme variable-contrôle dans les analyses.

3.3 Lien entre l'attachement et l'antisocialité chez la mère

L'hypothèse d'un lien entre le profil d'attachement (F vs. Ds vs. E ; Non-résolu vs. Organisé) de la mère et ses caractéristiques antisociales a été testée à l'aide d'ANOVAs factoriels et de tests de Chi-carré. Les résultats des analyses de variance sont présentés dans le tableau 5. Les analyses révèlent un lien entre l'insécurité de l'attachement et les antécédents d'antisocialité chez la mère, bien que l'effet soit seulement marginalement significatif pour la composante Insensibilité / Manque d'affectivité. Une analyse des différences entre le groupes à l'aide de tests post-hoc de Scheffé suggère que l'effet observé est fonction de la différence entre les patrons Préoccupé et Sécure-Autonomie.

Pour ce qui est de la désorganisation de l'attachement chez la mère, aucun effet principal ne fut observé, et ce pour les deux variables dépendantes, $F(2, 44) = 0.22, n.s.$ et $F(2, 44) = 0.14, n.s.$, respectivement. Par ailleurs, aucun effet d'interaction entre l'attachement primaire et la désorganisation ne fut obtenu, $F(2, 44) = 0.46, n.s.$ et $F(2, 44) = 1.38, n.s.$ pour les dimensions Problèmes de Conduite et Insensibilité / Manque d'affectivité, respectivement. Finalement, un test d'association (valeur *eta* au carré) suggère un lien de magnitude modérée entre l'attachement et les dimension Problèmes de Conduite et Insensibilité / Manque d'affectivité ($\eta^2 = .15$ et $.10$, respectivement).

Tableau 5.

ANOVA : Attachement et dimensions de l'antisocialité chez la mère (N = 44)

Moyennes et écarts-type pour les groupes d'attachement				
Dimension	Sécure (n = 19)	Évitant(n = 15)	Préoccupé (n = 10)	F(2, 44)
Problèmes de conduite	6.89a (3.84)	8.13ab (3.36)	11.00b (5.44)	3.41*
Insensibilité /	2.58a (1.17)	3.40ab (1.72)	4.00b (1.49)	2.46†

Note. Les valeurs suivies par des lettres différentes indiquent des différences significatives entre les groupes à $p < .05$.

† $p < .10$ * $p < .05$

Des analyses de Chi-carré furent réalisées visant à investiguer le lien entre les patrons d'attachement et la présence d'un profil d'antécédents antisociaux chez la mère, tel qu'évalué à l'aide du questionnaire ELDEQ. Dans ces analyses, l'attachement Sécure-Autonomie chez la mère est apparu comme négativement associé à l'antisocialité dans l'enfance ou l'adolescence chez celle-ci, alors que l'insécurité de l'attachement montrait une association positive avec l'antisocialité. Plus spécifiquement, seulement 16 % des mères d'attachement Sécure-Autonomie étaient décrites comme ayant des antécédents antisociaux, alors que cette proportion étaient de 40 % pour les mères d'attachement Évitant et de 70 % pour les mères d'attachement Préoccupé, $\chi^2(2) = 8.45, p = .01$. Un test d'association (*Lambda*) montre un lien de magnitude modérée entre la sécurité de l'attachement et l'antisocialité maternelle, $L = .44, p = .05$. Aucun résultat significatif ne

fut trouvé pour la présence ou l'absence de désorganisation chez la mère (44 % vs. 31 %, $\chi^2(1) = 0.35, n.s.$).

3.4 Attachement chez la mère et comportements agressifs chez l'enfant

Les hypothèses concernant le lien entre l'attachement chez la mère et les comportements agressifs chez l'enfant furent vérifiées à l'aide d'analyses de covariance (ANCOVA; incluant l'âge de la mère au premier enfant comme covariable, dû à la corrélation significative avec l'agressivité mesurée au CBCL). Comme à l'étape précédente, les analyses furent effectuées en comparant les trois groupes d'attachement primaire (F vs. Ds vs. E) ainsi que selon la présence ou l'absence de désorganisation (patron Non-résolu).

Les résultats des ANCOVAs pour les trois groupes d'attachement primaires portant sur la variable des comportements agressifs sont présentés dans le tableau 6. Ces analyses indiquent un effet de l'attachement chez la mère pour la variable de l'agressivité telle que mesurée avec le CBCL, ainsi que pour l'agressivité de type proactive. Pour ces deux variables, les tests post-hoc indiquent que les enfants de mères d'attachement Préoccupé montrent des niveaux d'agressivité plus élevés que les enfants de mères ayant un attachement Sécure-Autonome. Un examen des valeurs η^2 révèlent des liens de magnitude modérée entre l'attachement chez la mère et l'agressivité mesurée au CBCL et l'agressivité proactive (.17 et .16, respectivement).

Les analyses de covariance n'ont pas révélé d'effet de la désorganisation de l'attachement chez la mère, et ce pour les trois variables dépendantes, $F(1, 44) = 0.83, n.s.$ pour l'agressivité au CBCL, $F(1, 44) = 0.32, n.s.$ pour l'agressivité réactive, et $F(1,$

44) = 1.91, *n.s.* pour l'agressivité proactive. De plus, aucun effet d'interaction entre la désorganisation et le patron d'attachement primaire n'est apparu.

Tableau 6.

ANCOVA : Comportements agressifs de l'enfant en fonction de l'attachement chez la mère, en contrôlant pour l'âge de la mère au premier enfant (N = 44).

Moyenne et écarts-type pour les groupes d'attachement				
Score d'agressivité	Séure (n = 19)	Évitant (n = 15)	Préoccupé (n = 10)	F(2, 44)
Agressivité CBCL	8.84a (4.29)	10.73ab (3.77)	14.00b (5.19)	4.15*
Agressivité réactive	6.26a (2.08)	6.53a (1.60)	7.50a (2.17)	1.27
Agressivité proactive	3.63a (1.01)	3.60ab (0.91)	5.30b (2.45)	4.11*

Note. La variable « âge de la mère au premier enfant » est incluse comme covariable seulement pour les analyses portant sur l'agressivité mesurée par le CBCL. Les valeurs suivies d'une lettre différente indiquent une différence significative à $p < .05$.

* $p < .05$

3.5 Rôle de l'attachement comme modérateur du lien entre antisocialité maternelle et comportements agressifs chez l'enfant.

Une série d'ANCOVAs fut effectuée afin de tester l'hypothèse d'un rôle modérateur de l'attachement chez la mère au niveau du lien entre l'antisocialité maternelle et les comportements agressifs de l'enfant, ceci conformément aux

recommandations de Barron et Kenny (1986). Il s'agit ici d'examiner les effets d'interaction présents entre les variables prédictrices, lesquels indiqueraient que ces variables interagissent l'une avec l'autre dans leur lien avec les variables dépendantes.

La même covariable (âge de la mère au premier enfant) fut utilisée que pour les analyses de la section précédente. Le profil d'antisocialité de la mère (présent ou absent) fut utilisé comme prédicteur plutôt que les variables dimensionnelles de l'APSD. Celles-ci étant des variables continues, leur utilisation dans le cadre d'une analyse de modération aurait nécessité le recours à des régressions multiples, lesquelles auraient requis un nombre trop important (6) de variables indépendantes. Dans ce contexte, le pouvoir statistique de l'analyse aurait été réduit de façon excessive. Donc, étant donné la faible taille de l'échantillon, il convient de se limiter à des comparaisons simples entre groupes, en examinant uniquement les effets d'interaction à 2 termes.

Les résultats des ANCOVAs sont présentés dans le tableau 7. Les résultats révèlent des effets d'interaction significatifs de l'attachement primaire chez la mère pour les variables de l'agressivité réactive et proactive chez l'enfant. Un examen des moyennes des scores d'agressivité pour chaque groupe d'attachement primaire en fonction de l'antisocialité de la mère révèle une nette augmentation de l'agressivité réactive et proactive chez l'enfant pour le patron Préoccupé lorsque la mère a également des antécédents antisociaux, alors que les enfants de mères démontrant un attachement Évitant, par contraste, ne montrent aucune différence en fonction du statut d'antisocialité de la mère (voir figures 1 et 2). Ces analyses d'interaction, cependant, ont résulté en des sous-groupes de taille très réduite : La classification Sécure contient ainsi 14 sujets Organisés et 5 Non-résolus, la classification Évitante contient 8 sujets Organisés et 7

sujets Non-résolus, et la classification Préoccupé contient 4 sujets Organisés et 6 sujets Non-résolus. Il convient donc faire preuve d'une grande prudence dans l'interprétation des résultats.

Finalement, les ANCOVAs réalisés portant sur la désorganisation de l'attachement chez la mère n'ont révélé aucune différence significative entre les groupes d'attachement Non-résolu et Organisé. En outre, aucun effet d'interaction entre le profil d'antisocialité et l'attachement Non-résolu de la mère n'a été observé pour ce qui est de la prédiction des comportements agressifs chez l'enfant.

Tableau 7.

Analyses de covariance : Effet simples et d'interaction (modération) pour les comportements agressifs de l'enfant en fonction de l'antisocialité maternelle et de l'attachement chez la mère (N = 44).

<u>Valeurs pour $F(1, 44)$</u>			
Variable dépendante	Antisocialité mère	Attachement primaire	Interaction
Agressivité CBCL	8.02**	0.60	1.40
Agressivité réactive	13.72***	0.26	3.26*
Agressivité proactive	2.86	0.77	4.64**
<u>Valeurs pour $F(1, 44)$</u>			
Variable dépendante	Antisocialité mère	Attachement Non-résolu	Interaction
Agressivité CBCL	14.19***	2.78	0.25
Agressivité réactive	12.63***	0.01	1.32
Agressivité proactive	3.14	2.63	1.23

Note. La variable « âge de la mère au premier enfant » est incluse comme covariable seulement pour les analyses portant sur l'agressivité mesurée par le CBCL.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Figure 1.

Graphique des moyennes ajustées pour l'agressivité réactive chez l'enfant en fonction du patron d'attachement chez la mère et de ses antécédents antisociaux.

Dodge & Coie agressivité réactive

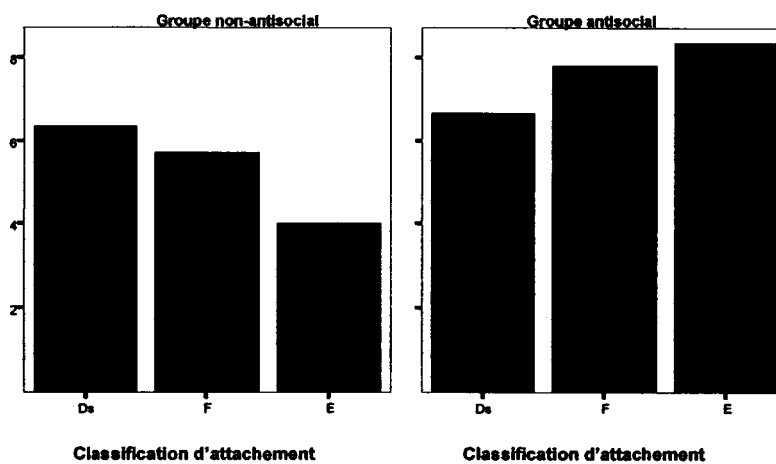
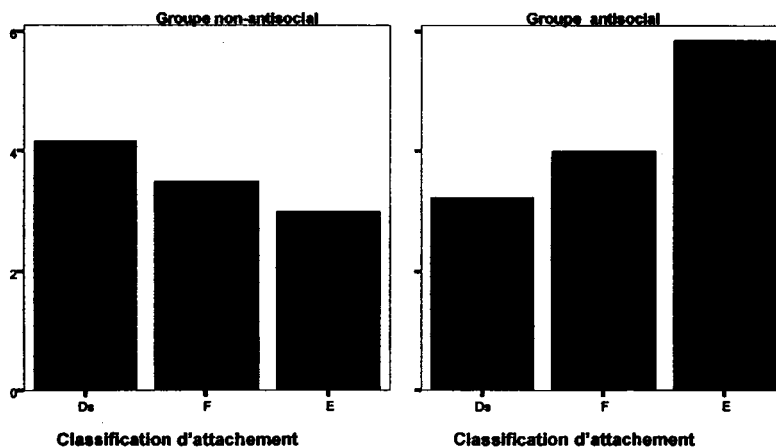


Figure 2.

Graphique des moyennes ajustées pour l'agressivité proactive chez l'enfant en fonction du patron d'attachement chez la mère et de ses antécédents antisociaux.

Dodge & Coie agressivité proactive



CHAPITRE 4

DISCUSSION

Discussion

La présente section du travail visera à présenter un sommaire des résultats obtenus, discuter leur signification ainsi que leur importance, décrire les faiblesses de l'étude limitant la validité des résultats, et enfin dégager quelques implications pertinentes pour la recherche future.

4.1 Sommaire et discussion des résultats

Les résultats obtenus visaient à confirmer ou infirmer des hypothèses spécifiques portant essentiellement sur : 1) Le lien entre l'antisocialité maternelle et les comportements agressifs chez l'enfant, 2) Le lien entre attachement chez la mère et les comportements antisociaux, à la fois chez la mère et l'enfant, et 3) Le rôle de l'attachement chez la mère comme modérateur du lien entre antisocialité maternelle et comportements agressifs chez l'enfant.

4.1.1 *Antisocialité chez la mère et comportements agressifs chez l'enfant*

Les données obtenues dans la présente recherche indiquent tout d'abord que l'antisocialité chez la mère prédit le niveau d'agressivité chez l'enfant, que l'antisocialité maternelle soit mesurée de façon continue ou catégorielle. Notons ici qu'il y a lieu de parler d'*antécédents* d'antisocialité chez la mère plutôt que d'antisocialité *actuelle*, le questionnaire APSD mesurant les composantes antisociales dans l'enfance et l'adolescence, et le questionnaire ELDEQ démontrant clairement que l'antisocialité actuelle est presque inexistante dans cet échantillon. De façon générale, les résultats suggèrent que les antécédents de comportements antisociaux chez la mère semblent davantage associés à l'agressivité chez l'enfant que les traits de personnalité caractérisés par l'insensibilité et l'absence d'émotions, bien que l'ajout de cette dernière composante

augmente de façon significative le pouvoir prédictif de la variable « antisocialité maternelle ». Dans la mesure où, dans la présente recherche, l'agressivité chez l'enfant fut évaluée sur une base comportementale, à partir des informations révélées par la mère, une corrélation substantielle entre les comportements antisociaux chez la mère et l'enfant est attendue (Rhule et al., 2005). Cependant, les données obtenues démontrent la validité d'inclure d'autres dimensions associées à l'antisocialité maternelle, dans ce cas-ci certaines caractéristiques de personnalité, afin de permettre une meilleure compréhension du lien entre antisocialité parentale et chez l'enfant.

Par ailleurs, les données obtenues paraissent, à première vue, contradictoires quant au lien entre les antécédents d'antisocialité chez la mère et le *type* d'agressivité chez l'enfant. En effet, l'antisocialité maternelle, lorsque mesurée en tant que variable continue, montre un lien quelque peu supérieur avec l'agressivité proactive chez l'enfant, alors que lorsque l'antisocialité maternelle est mesurée de façon dichotomique, elle est plutôt associée avec l'agressivité réactive chez l'enfant. De façon plus spécifique, la sévérité des conduites antisociales dans l'enfance et l'adolescence de la mère montre un lien de magnitude modérée avec l'agressivité à la fois réactive et proactive chez l'enfant. Cependant, la composante d'Insensibilité / Manque d'affectivité chez la mère semble reliée uniquement à l'agressivité proactive chez l'enfant. Lorsque le questionnaire ELDEQ est utilisé, les antécédents de conduites antisociales dans l'enfance et l'adolescence de la mère sont reliés à l'agressivité réactive, mais non proactive chez l'enfant.

Par conséquent, les résultats permettent de conclure que, dans cet échantillon, les antécédents de *comportements* antisociaux chez la mère sont associés à l'agressivité

réactive chez l'enfant, alors que les *traits de personnalité* caractérisés par le manque de sensibilité et d'affectivité chez la mère sont davantage liés à l'agressivité de type proactive chez l'enfant. Les données obtenues constituent un ajout à la littérature existante dans la mesure où le lien établi empiriquement entre antisocialité parentale et chez l'enfant (p.ex., Robins et al., 1975) dans le passé ne tient compte ni des traits de personnalité associés chez la mère, ni de la nature des comportements agressifs chez l'enfant. Ces résultats permettent donc de confirmer et nuancer l'hypothèse selon laquelle l'antisocialité maternelle est un prédicteur fiable de l'agressivité chez l'enfant.

Par ailleurs, les données peuvent également suggérer qu'une classification des sujets selon une typologie utilisant la présence vs l'absence de comportements antisociaux, et la présence vs l'absence de certains traits liés au manque d'affectivité, pourrait constituer une alternative préférable au traitement de ces variables sur une base continue. Une telle typologie comprendrait vraisemblablement 3 groupes, l'un caractérisé par l'absence à la fois de comportements et de traits antisociaux, le deuxième caractérisé par la présence de comportements mais non de traits de personnalité antisociaux, et le troisième caractérisé par la présence à la fois de comportements et traits de personnalité antisociaux. Un schème similaire pourrait être applicable à l'évaluation de l'agressivité chez l'enfant, sous ses formes réactive et proactive. Une telle approche nécessite des échantillons plus grands de façon à assurer un nombre suffisant de sujets pour chaque groupe. Néanmoins, plusieurs recherches portent à croire que la validité des variables considérées en est accrue (Frick & Ellis, 1999 ; Quinsey et al., 2004).

Les résultats obtenus suggérant que la présence d'antisocialité chez le père biologique ne semble pas lié à l'agressivité chez l'enfant sont surprenants, dans la mesure

où le lien entre antisocialité paternelle et chez l'enfant est solidement établi dans la littérature (voir Connell & Goodman, 2002). Ce lien serait en partie attribuable à des influences génétiques, d'où l'importance de contrôler pour ce type d'influence dans le cadre de recherches examinant la transmission inter-générationnelle des conduites antisociales (Zoccolillo et al., 2005). Cependant, il faut noter que dans cette population, le père biologique n'a souvent eu que peu de contact avec l'enfant (Kalil et al., 2005). De plus, les pères biologiques qui demeurent en couple et démontrent un certain niveau d'implication auprès de leur enfant sont les moins susceptibles de démontrer un niveau élevé de comportements antisociaux (Jaffee, Caspi, Moffitt, Taylor, & Dickson, 2001). Un facteur de biais crucial dans la présente étude réside donc dans le manque d'accès aux pères biologiques dans l'échantillon pour des fins de collecte de données, ce qui a forcé le recours à la mère comme source d'information sur l'antisocialité paternelle. Hors, bien que les mères puissent fournir certaines informations concernant les comportements du père, les données obtenues peuvent seulement être considérées comme partiellement valides (Caspi et al., 2001). Enfin, il est possible que l'impact de l'antisocialité paternelle ne soit pas observable dans le groupe d'âge considéré dans le présent échantillon, les recherches ayant documenté une transmission intergénérationnelle de père à enfant faisant généralement usage d'échantillons d'enfants plus âgés (Zoccolillo et al., 2005). Dans ce contexte, les efforts réalisés dans la présente étude pour prendre en compte les influences génétiques possibles sur le développement des comportements agressifs chez l'enfant furent peut-être insuffisants du point de vue méthodologique. Les recherches futures devraient donc considérer des variables davantage « objectives » ayant démontrées un lien avec les caractéristiques antisociales chez le père dans la littérature

(Fagot et al., 1998 ; Lamb et al., 1986), et pouvant facilement être documentées par les mères, telles que l'âge du père à la naissance de l'enfant, l'écart d'âge entre le père et la mère, ainsi que la fréquence et la qualité des contacts avec l'enfant.

4.1.2 *Attachement chez la mère et antisocialité maternelle.*

Une deuxième question de recherche avait trait au lien entre les modèles internes des relations d'attachement chez la mère, et les antécédents d'antisocialité chez celle-ci ainsi que les comportements agressifs chez l'enfant. Les résultats obtenus ici démontrent dans un premier temps que l'attachement chez la mère est associé aux antécédents antisociaux de la mère, que ceux-ci soient mesurés sur une base continue ou catégorielle. Dans la présente étude, les mères ayant un attachement Sécure-Autonome rapportaient les niveaux d'antisocialité antérieure les plus bas, alors que les mères démontrant un attachement Préoccupé rapportaient les niveaux les plus élevés. De même, seulement 16 % des mères ayant un attachement Sécure-Autonome ont rapporté des antécédents d'antisocialité dans leur enfance ou adolescence, alors que cette proportion était de 70 % pour les mères présentant un attachement Préoccupé. Aucun effet significatif ne fut observé pour le patron Non-résolu, lorsqu'ajouté à la classification primaire.

Ces résultats vont dans le sens de l'hypothèse formulée, à savoir que l'insécurité de l'attachement est associée à davantage de caractéristiques antisociales dans l'histoire du sujet. Le lien significatif observé entre l'attachement de type Préoccupé chez la mère et ses antécédents antisociaux semble aller à l'encontre des résultats obtenus par des auteurs tel que Rosenstein & Horowitz (1996), qui ont observé un lien entre l'antisocialité et l'attachement de type Évitant, et tel que Fonagy et al. (1996), qui ont rapporté une haute prévalence d'attachement Non-résolu chez leurs sujets diagnostiqués

avec un Trouble de personnalité Antisociale. Cependant, des différences importantes existent entre le présent échantillon et ceux utilisés par ces auteurs. Premièrement, le présent échantillon est composé de mères adolescentes vivant pour la plupart dans la communauté, alors que les échantillons de Rosenstein & Horowitz (1996) et Fonagy et al. (1996) étaient composés en majorité de sujets de sexe masculin recrutés en milieu institutionnel (psychiatrique). À ce jour, les données de recherche portant sur le lien entre représentations liées à l'attachement et antisocialité chez des sujets de sexe féminin sont pratiquement inexistantes. Or, il est certes possible que le lien entre l'attachement et l'antisocialité diffère en fonction du sexe des participants. Une telle différence pourrait suggérer que l'antisocialité peut remplir des fonctions distinctes en relation avec l'attachement, fonctions pouvant varier entre autres selon le sexe de l'individu. La prévalence généralement plus élevée de l'attachement de type Préoccupé chez les femmes (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996) suggère qu'une influence du sexe des participants peut contribuer à expliquer les résultats obtenus ici.

De plus, le statut non-clinique des participantes à la présente étude peut en partie expliquer le manque de concordance avec certaines des recherches précédentes sur ce thème. Les données disponibles suggèrent par exemple que la prévalence du patron Non-résolu augmente de façon nette dans les milieux institutionnels, particulièrement chez les populations provenant de milieux psychiatriques (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Il est donc possible que l'absence de lien significatif entre la non-résolution et l'antisocialité chez les mères, en contradiction avec certaines recherches précédentes (Fonagy et al., 1996 ; van Ijzendoorn et al., 1997), soit en partie fonction du

fait que le présent échantillon démontrait un niveau de psychopathologie moindre que les échantillons utilisés dans ces études.

Finalement, les études de Rosenstein & Horowitz (1996) et de Fonagy et al. (1996) utilisèrent l'AAI pour mesurer l'attachement chez les mères, alors que la présente recherche fit usage du AAP, un instrument relativement nouveau et ne bénéficiant pas d'un niveau de validation comparable, particulièrement en ce qui a trait à son utilisation auprès de populations culturellement différentes ou encore provenant de milieux cliniques. Les limites inhérentes à l'instrument utilisé auraient donc pu contribuer à diminuer la validité des résultats obtenus.

Il faut par contre mentionner que le lien obtenu ici entre l'attachement de type Préoccupé et les antécédents d'antisocialité chez la mère est en accord avec quelques résultats de recherche obtenus par d'autres auteurs. Dans son étude avec de jeunes mères considérées « à risque », Pianta et al. (1996) trouvèrent que les participantes ayant un attachement Préoccupé démontraient les niveaux de symptomatologie les plus élevés tels que rapportés au MMPI-2, incluant l'échelle 4 (Déviance Psychopathique), laquelle mesure la présence de comportements ou attitudes allant à l'encontre des normes sociales établies. De façon similaire, Allen et al. (1996) ont observé une augmentation significative des comportements antisociaux chez des adolescents démontrant un attachement Préoccupé entre les âges de 16 et 18 ans, chez un échantillon considéré comme « modérément à risque ».

Les résultats obtenus peuvent suggérer l'importance de s'interroger sur la fonction des comportements antisociaux démontrés par les mères adolescentes, à la lumière de la théorie de l'attachement. Bien que la présente étude ne permette pas de déterminer les

mécanismes sous-jacents au lien observé entre l'attachement de type Préoccupé et l'histoire d'antisocialité de la mère, certaines hypothèses peuvent être dégagées. Une de ces hypothèses qui semble plausible est que les comportements et attitudes déviantes dans l'enfance ou l'adolescence des mères ayant un attachement Préoccupé sont survenues en réaction à des difficultés d'ordre relationnel avec leurs propres figures d'attachement. Cette hypothèse paraît être en accord avec la littérature décrivant une histoire de soins inconsistants, d'absence parentale, ou d'abus et négligence chez les mères adolescentes (Becker-Lausen & Rickel, 1995). Dans ce contexte, il est possible que l'hyperactivation du système comportemental d'attachement caractéristique des individus présentant un attachement Préoccupé soit combiné à l'agir antisocial, ayant pour but de maximiser l'accès ou le contact avec les figures d'attachement dans l'environnement, tel que proposé par Bowlby (1973). Bien que l'effet de « contrôle social » associé avec les responsabilités parentales puisse contribuer à diminuer la prévalence des comportements antisociaux comme tels, les états d'esprit caractérisés par la préoccupation avec les pensées, émotions, fantasies reliées aux relations d'attachement passées et présentes sont susceptibles de demeurer en place, et d'influencer le fonctionnement de la mère à différents niveaux, notamment en termes de sa relation avec son enfant ou du choix de ses partenaires (Bosquet & Egeland, 2001).

D'autre part, il est également possible que la préoccupation de l'attachement soit associée à l'histoire d'antisocialité de la mère principalement à travers l'expérience de la colère dirigée vers l'environnement. Cette colère peut originer de perturbations dans la représentation du Soi, lequel peut être consrui sur une base essentiellement négative, alors que l'environnement se voit attribuer des caractéristiques positives. Ce type de

« système représentationnel », observé chez les individus ayant un attachement Préoccupé, peut donner lieu à une expérience émotionnelle dominée par la rage, l'envie et un sentiment de « manque » profond (Lyddon & Sherry, 2001). Encore ici, l'expression de la colère serait susceptible d'être modulée par les exigences de l'environnement et du rôle parental, cependant, l'expérience négative du Soi associée à l'attachement de type Préoccupé constitue probablement une composante stable de la personnalité.

Une hypothèse alternative serait que l'histoire d'antisocialité observée chez certaines des participantes pourrait contribuer au développement d'un attachement de type Préoccupé, peut-être à travers l'établissement de relations interpersonnelles caractérisées par un haut niveau d'agressivité et de dominance, et un faible niveau de réciprocité et d'échanges affectifs. Ce type de relation est en effet commun chez les individus antisociaux, et est également fréquemment retrouvé dans les milieux socio-économiques désavantagés (Prinz & Miller, 1991). Le manque de réciprocité et de confiance vécu en contexte interpersonnel pourrait contribuer au développement d'états d'esprit caractérisés par l'anxiété et la préoccupation. La plausibilité de cette hypothèse est difficile à établir en raison du fait que le devis de recherche adopté dans la présente étude ne permet d'évaluer ni la présence d'effets de causalité, ni la directionnalité de tels effets.

Les résultats obtenus ici permettent cependant de nuancer les recherches précédentes liant l'antisocialité à l'attachement de type Évitant ou Non-résolu (Fonagy et al., 1996 ; Rosenstein & Horowitz, 1996 van Ijzendoorn et al., 1997). Ces résultats suggèrent la possibilité que les comportements antisociaux observés possèdent une valeur

adaptative et fonctionnelle différente selon le profil d'attachement du sujet. Les recherches futures devraient examiner le lien entre l'antisocialité et l'attachement en tenant compte du type d'échantillon utilisé, et en utilisant des devis de recherche permettant un plus grand degré de confiance dans la plausibilité d'effets de causalité (p.ex., devis longitudinaux).

Par ailleurs, il faut souligner ici que la procédure utilisée pour collecte de données nécessitait que les participantes fournissent des informations concernant leurs comportements antisociaux (APSD et questionnaire ELDEQ) ainsi que certains traits de personnalité associés (APSD), tels que présents *dans leur enfance ou leur adolescence*. Cet aspect « rétrospectif » de l'évaluation de l'antisocialité a pu constituer une source de biais méthodologique. Le questionnaire ELDEQ veut documenter des comportements antisociaux spécifiques (p.ex. : vol), présents ou non durant l'enfance ou l'adolescence du sujet. Par contre, l'APSD fait davantage référence à des *perceptions* des modes de conduite ou des traits de personnalité adoptés dans le passé (p.ex. : « je blamais les autres pour mes erreurs » ou « mes émotions étaient superficielles et peu profondes »). Les deux méthodes d'évaluation peuvent donc être vues comme complémentaires. Le fait qu'un lien ait été trouvé entre l'attachement et l'antisocialité avec les deux mesures peut ajouter à la validité des résultats. Cependant, pour les fins de la présente étude, il est possible qu'une évaluation axée sur la délinquance ou l'antisocialité actuelle plutôt que passée pourrait avoir conduit à des conclusions différentes.

Les données recueillies dans le cadre de la présente étude démontrent un certain support pour l'hypothèse formulée selon laquelle la sécurité de l'attachement chez la mère est négativement associée à l'antisocialité chez celle-ci. Le lien entre un profil

d'attachement spécifique et l'histoire d'antisocialité fut examiné sur une base exploratoire. Les résultats suggèrent un lien entre l'attachement de type Préoccupé et l'histoire d'antisocialité chez la mère, lien qui devra cependant être confirmé dans les recherches ultérieures.

4.1.3 *Attachement chez la mère et agressivité chez l'enfant*

La question de recherche suivante impliquait le lien possible entre l'attachement chez la mère et les comportements agressifs chez l'enfant. L'hypothèse retenue dans la présente étude suggérait que la sécurité de l'attachement chez la mère serait associée à un niveau d'agressivité moindre chez l'enfant, alors que l'insécurité de l'attachement chez la mère devrait être associée à un niveau d'agressivité accrue chez l'enfant. Encore ici, le lien entre un patron spécifique d'insécurité et l'agressivité chez l'enfant fut vérifié sur une base exploratoire.

Les résultats permettent d'appuyer l'hypothèse selon laquelle la sécurité de l'attachement chez la mère est associée à moins d'agressivité chez l'enfant. Les analyses démontrent que les enfants de mères ayant un attachement Sécure-Autonome montrent des niveaux d'agressivité moindres que les enfants de mères démontrant un attachement Préoccupé. Aucune différence ne fut trouvée en ce qui à trait aux enfants de mères d'attachement Évitant ou encore Non-résolu. De plus, les différences observées avaient trait à l'agressivité telle que mesurée à l'aide de l'échelle de comportements agressifs du CBCL, ainsi qu'à l'agressivité proactive, mais non réactive.

Le rôle potentiel de la sécurité de l'attachement chez la jeune mère, en tant que facteur de protection contre le développement de l'agressivité chez l'enfant, paraît donc en partie supporté par les données de la présente recherche. Ce point est important dans la

mesure où les recherches documentant le rôle des états d'esprit des parents relatifs aux relations d'attachement comme facteur de risque ou de protection contre l'agressivité chez l'enfant sont peu nombreuses. L'étude de Constantino (1996), dans laquelle les mères d'enfants non-agressifs étaient caractérisées par un attachement Sécure-Autonome, alors que les mères d'enfants considérés comme « anormalement agressifs » étaient largement insécures, constitue une exception. La présente étude contribue donc à la littérature existante en suggérant : 1) un lien négatif entre la sécurité de l'attachement chez la mère et certaines formes d'agressivité chez l'enfant, et 2) un lien positif entre l'attachement de type Préoccupé chez la mère spécifiquement, et l'agressivité chez l'enfant.

Ces résultats peuvent être discutés à la lumière de certaines théories existantes portant sur le rôle des relations parent-enfant dans le développement des problèmes de conduite. Par exemple, la littérature portant sur le rôle de la fonction réflexive du Soi propose que le développement de la capacité chez l'enfant à *mentaliser* les conflits internes, plutôt que de recourir au passage à l'acte pour diminuer la tension interne, découle de la capacité du parent à refléter à l'enfant ses propres états internes (p.ex., tristesse, colère). Dans le cas des enfants agressifs, le parent serait incapable d'effectuer cette élaboration verbale des états internes de l'enfant, à refléter à l'enfant une représentation de lui-même comme une *entité psychologique* plutôt que seulement physique, résultant en une inhibition chez ce dernier de sa capacité à se situer psychologiquement par rapport à autrui, à identifier ses propres états internes ainsi que ceux des autres (empathie), à se projeter dans le temps, à établir et maintenir des

frontières interpersonnelles, et à interpréter adéquatement les intentions et motivations des personnes avec lesquelles il interagit (Fonagy, 2000).

La littérature sur l'impact de la sensibilité maternelle peut également constituer une source d'évidence indirecte suggérant un rôle protecteur de la sécurité de l'attachement chez le parent. Bien que les recherches sur ce thème soient encore peu nombreuses, les données disponibles suggèrent que les enfants non-agressifs ont généralement des parents plus sensibles et attentifs à leurs besoins, particulièrement dans le cas des mères (Bradley & Corwin, 2005 ; Rothbaum & Weisz, 1994). Ce point est important dans la mesure où, théoriquement, les états d'esprit de la mère concernant ses relations d'attachement antérieures devraient être associés à sa capacité à répondre aux besoins exprimés par l'enfant de façon sensible et appropriée. Il semble donc logique de suggérer que les mères classifiées comme Sécure-Autonomes devraient démontrer le niveau de sensibilité maternelle le plus haut, ce qui en retour atténuerait le risque de comportements agressifs chez l'enfant. Les données obtenues dans le cadre de la présente étude sont donc en accord avec les théories existantes soulignant le rôle protecteur de l'attachement chez la mère dans le développement de l'enfant.

Par ailleurs, le lien observé entre l'attachement maternel de type Préoccupé et l'agressivité chez l'enfant mérite d'être discuté davantage. Dans la présente recherche, les enfants de mères ayant un attachement Préoccupé démontraient des niveaux plus élevés d'agressivité globale (mesurée par le CBCL), et d'agressivité proactive. En revanche, aucune différence ne fut trouvée pour ce qui est de l'agressivité réactive.

Ces résultats suggèrent que les états d'esprit de la mère relatifs à l'attachement caractérisés par l'anxiété, la labilité émotionnelle et la préoccupation sont associés au

niveau d'agressivité chez l'enfant. Ici, l'hypothèse formulée par Fonagy (2000) concernant l'importance des difficultés de mentalisation chez la mère dans le développement de l'agressivité chez l'enfant semble tirer un certain support des données obtenues. En effet, une caractéristique notable des mères présentant un attachement Préoccupé est la présence de déficits au niveau de l'auto-régulation, de la capacité de représenter autrui en termes d'états mentaux, et des frontières entre le Soi et l'Objet associés aux situations ou thèmes reliés aux relations d'attachement. Selon Fonagy, un déficit de mentalisation chez la mère est alors transmis à l'enfant, et inhibe chez celui-ci le développement d'une capacité à gérer les conflits internes ou avec l'environnement sur un mode autre que le recours à l'agir. Étant donné le lien entre l'attachement chez la mère et l'antisocialité observé *à la fois* chez la mère et l'enfant, la présente recherche fournit donc un certain appui aux propositions théoriques de Fonagy, bien que les facteurs médiateurs du lien entre les états d'esprit maternels relatifs à l'attachement et l'agressivité chez l'enfant n'aient pas été évalués ici.

De plus, les résultats permettent de préciser le lien entre attachement chez la mère et agressivité chez l'enfant, en démontrant que ce lien semble valide pour les comportements agressifs de type proactifs, donc dirigés vers un but précis, mais non pour les comportements de type réactifs. Le lien entre ces variables n'a pas encore été investigué dans la littérature, rendant donc l'interprétation des résultats plus difficile. L'absence de lien entre l'attachement chez la mère et l'agressivité réactive peut paraître surprenante, étant donné que la théorie de l'attachement (Bowlby, 1973) propose que l'agressivité survient *en réaction* à l'absence, réelle ou imaginée, de la figure d'attachement. Néanmoins, le lien observé entre l'attachement Préoccupé chez la mère et

l'agressivité proactive chez l'enfant peut être expliqué en considérant les théories et recherches sur la fonction de l'agir antisocial selon le cadre théorique de l'attachement.

Selon Bowlby (1973), la colère et l'agressivité chez l'enfant constituent des comportements adaptatifs et dirigés vers un but, étant motivés par le besoin d'acquiescer ou préserver un lien avec une figure d'attachement perçue comme inaccessible, inconsistante, ou peu fiable. Un tel besoin peut être particulièrement prévalent chez les dyades mère-enfant dans lesquelles la mère présente un attachement Préoccupé. Contrairement aux mères Sécure-Autonomes, qui se caractérisent par un style d'interaction encourageant le développement de l'enfant dans un cadre de réciprocité, les mères Préoccupées tendent à démontrer de la confusion, voire de l'hostilité ouverte, des pratiques parentales intrusives et un manque de structure dans leurs interactions avec l'enfant, amenant celui-ci à se sentir souvent dépassé ou impuissant dans ses contacts avec sa figure parentale (Bosquet & Egeland, 2001 ; Crowell & Feldman, 1988). Dans ce type de dyade, la dysrégulation et la labilité émotionnelle sont susceptibles d'être transmis de parent à enfant, chaque individu (mère et enfant) ne pouvant s'auto-réguler qu'à travers un support extérieur.

Ainsi, il devient possible grâce aux résultats de ces études de postuler un lien entre la préoccupation chez la mère et des comportements en apparence agressifs chez l'enfant destinés à conserver un certain équilibre au niveau de la dyade. De tels comportements peuvent vraisemblablement consister en de l'agression proactive, telle que définie par Dodge & Coie (1987). Ces comportements auraient une fonction régulatrice au niveau du système, ayant pour but de prévenir une dysrégulation, voire une désorganisation, plus importante, laquelle pourrait en venir à menacer la relation elle-

même et l'accessibilité à la figure d'attachement. Des études examinant les variables reliées à la relation parent-enfant pouvant médiatiser le lien observé entre états d'esprit de la mère et agressivité chez l'enfant pourraient permettre d'éclairer les mécanismes spécifiques en jeu.

4.1.4 *Attachement chez la mère et transmission inter-générationnelle de l'antisocialité*

La dernière hypothèse considérée faisait référence au rôle modérateur possible de l'attachement chez la mère au niveau du lien entre les antécédents antisociaux maternels et l'agressivité chez l'enfant. Il fut proposé, dans le cadre de la présente recherche, qu'un attachement Sécure-Autonome chez la mère contribuerait à réduire la possibilité d'une association entre des antécédents antisociaux chez la mère et l'agressivité chez l'enfant. En contrepartie, la présence d'insécurité chez la mère renforcerait le lien entre la présence d'antisocialité chez celle-ci et l'agressivité chez l'enfant.

Les résultats obtenus appuient le rôle de l'attachement chez la mère en tant que modérateur du lien entre antisocialité maternelle et agressivité chez l'enfant. Ainsi, les résultats suggèrent que le lien entre l'antisocialité maternelle et celle de l'enfant est particulièrement marqué dans les cas où l'attachement de la mère est de type Préoccupé. Ces résultats permettent de poser l'hypothèse d'un modèle *interactif* expliquant le lien entre les états d'esprit de la mère relatifs à ses relations d'attachement antérieures, les antécédents antisociaux maternels, et les comportements agressifs chez l'enfant. Un tel modèle spécifie que l'attachement Préoccupé chez la mère en combinaison avec des antécédents antisociaux chez celle-ci constitue un meilleur prédicteur des comportements agressifs chez l'enfant, que ces deux facteurs considérés séparément ou simplement en addition l'un à l'autre. Donc, les enfants de jeunes mères présentant à la

fois une histoire de comportements antisociaux et un profil d'attachement Préoccupé seront susceptibles de montrer un niveau de comportements agressifs plus élevé que les enfants de jeunes mères présentant uniquement une histoire de comportements antisociaux, ou uniquement un attachement Préoccupé.

Fait intéressant, un effet d'interaction significatif entre attachement et antécédents antisociaux chez la mère fut observé uniquement pour l'agressivité réactive et proactive, mais non pour l'agressivité telle que mesurée avec le CBCL. Étant donné la présence d'un effet simple du patron d'attachement de la mère sur l'agressivité de l'enfant au CBCL, tel que démontré précédemment, ce résultat est difficile à expliquer, mais pourrait être fonction d'un manque de puissance statistique limitant la capacité des analyses à détecter un effet d'interaction dans le cas de l'échelle d'agressivité de la CBCL. Une autre hypothèse est qu'une mesure globale de l'agressivité pourrait être moins sensible à ce type d'effet.

De façon générale, ces résultats suggèrent une influence du patron d'attachement chez la mère sur le niveau d'agressivité montré par l'enfant. Cependant, les interactions possibles entre l'attachement de la mère et ses antécédents d'antisocialité, et la façon dont ces interactions contribuent à la prédiction des comportements agressifs chez l'enfant, demeurent à préciser. En effet, la faible taille de l'échantillon dans la présente étude limite considérablement la possibilité d'évaluer les interactions possibles entre les variables d'intérêt. Par conséquent, en raison de la faible puissance statistique propre aux analyses effectuées, il est certes possibles que des effets d'interaction présents aient pu se révéler imperceptibles.

4.2 Limites de l'étude

Bien que les résultats obtenus supportent en partie les hypothèses de recherche, il demeure que des problèmes importants propres à la présente étude limitent l'interprétation des données.

Premièrement, l'adoption d'un devis de recherche corrélationnel / comparatif, sans manipulation de la variable indépendante et répartition aléatoire, ne permet pas de postuler des liens de causalité entre les variables. Dans ce contexte, il n'est pas possible d'affirmer que l'état d'esprit de la mère relativement à ses relations d'attachement antérieures constitue la source des variations observées dans le niveau d'agressivité chez l'enfant. Bien qu'une association entre les deux variables semble présente, il demeure possible qu'une relation causale puisse être impliquée dans les deux sens. En accord avec les modèles théoriques présentés, l'attachement chez la mère pourrait donc créer chez l'enfant une prédisposition envers l'adoption de comportements agressifs comme moyen de maintenir la relation d'attachement, s'auto-réguler, préserver des modèles relationnels existants, etc. Cependant, une relation causale inverse est également possible : la présence de comportements agressifs chez l'enfant pourrait contribuer à une situation de stress et de conflits chroniques entre la mère et l'enfant, rendant donc la mère vulnérable à l'impact de traumatismes (pertes affectives, accidents, etc.) dans sa vie actuelle. Une telle vulnérabilité pourrait augmenter le risque d'attachement insécurité chez la mère. Dans le même ordre d'idées, un modèle rétroactif, dans lequel les expériences antérieures de la mère avec ses propres figures d'attachement pourraient contribuer à influencer ses pratiques parentales, lesquelles rendraient l'enfant susceptible de développer des comportements agressifs, lesquels renforcent alors le style parental de la mère et

maintiennent ses états d'esprit relatifs aux relations d'attachement, pourrait permettre de mieux expliquer le phénomène.

D'autre part, il est évident que la présente étude n'a pas considéré toutes les variables susceptibles d'être impliquées dans le développement de l'agressivité chez l'enfant. Bien qu'un effort ait été fait pour prendre en compte l'influence de certaines variables (p.ex., le niveau d'antisocialité du père biologique), le modèle considéré est nécessairement incomplet. Par exemple, bien qu'un lien entre l'attachement chez la mère, son histoire d'antisocialité, et l'agressivité chez l'enfant semble présent, les variables *médiatisant* ces liens n'ont pas été investiguées. Par conséquent, la compréhension du processus par lequel l'attachement chez la mère peut être relié à 1) ses antécédents d'antisocialité, et 2) les comportements agressifs chez l'enfant, relève toujours de l'hypothèse, laquelle est informée par les théories disponibles. Il est également possible que d'autres variables, non considérées ici, puissent contribuer à *modérer* le lien entre attachement chez la mère, antécédents antisociaux chez celle-ci, et comportements agressifs chez l'enfant. Par exemple, il est possible de poser l'hypothèse que le lien entre attachement et antisocialité chez la mère pourrait varier en fonction du fonctionnement cognitif de celle-ci (p.ex., capacité de mentalisation, processus métacognitifs).

Deuxièmement, la validité externe propre à la présente recherche est aussi source de questionnement. En effet, la représentativité de l'échantillon obtenu demeure limitée, et ce dû à plusieurs facteurs. D'abord, la procédure utilisée pour recruter les participants, par contact téléphonique, a résulté en un taux de participation relativement faible (34 %). Étant donné l'absence d'informations disponibles sur les mères refusant leur participation à l'étude, ou encore impossible à rejoindre pour diverses raisons, il n'a pas été possible

de comparer les mères participantes et celles non-participantes sur des variables telles que le niveau socio-économique, les antécédents antisociaux, ainsi que les caractéristiques des enfants et conjoints. En l'absence de telles comparaisons, il convient de se demander si des biais de sélection importants pourraient contribuer à diminuer la validité des résultats. Ensuite, certaines caractéristiques propres à la population elle-même, duquel l'échantillon a été tiré, pourraient compromettre la généralisabilité des résultats. Par exemple, il est possible que la situation des jeunes mères vivant à Montréal, et suivies soit dans le cadre de l'étude longitudinale de l'IRDS, ou encore à l'Hôpital de Montréal pour Enfants, soit très différente de celle de jeunes mères vivant dans d'autres régions du Québec, du Canada ou encore des Etats-Unis. Le fait que bon nombre des mères participantes aient été suivies pour une période de temps assez longue suggère des biais potentiels, un exemple pouvant être que la mobilité des mères, liée à des difficultés de les contacter pour fins de recrutement, pourrait être associée à un niveau d'antisocialité plus élevé. Dans ce contexte, il est fort possible que l'échantillon obtenu ici soit caractérisé par un niveau d'antisocialité moins important que celui observé dans la population des jeunes mères.

Troisièmement, les méthodes retenues pour les fins de collecte et mesure des données ont pu introduire des biais significatifs. La procédure utilisée nécessitait l'évaluation de : 1) l'attachement chez la mère, 2) les antécédents antisociaux chez la mère, et 3) les comportements agressifs chez l'enfant. L'évaluation de l'attachement chez la mère fut réalisée à partir d'un instrument projectif, le AAP (George, West, & Pettem, 1997). Or, le coefficient de fiabilité inter-juge rapporté pour le AAP (voir section 2.3.3) est légèrement plus faible que désiré. Tous les protocoles posant des problèmes potentiels

au niveau de la cotation furent discutés avec Carol George, laquelle est responsable de la formation au AAP, ce qui peut avoir contribué à réduire le problème. Cependant, l'ajout d'une méthode d'évaluation de l'attachement supplémentaire aurait pu contribuer à augmenter la validité des résultats.

Un autre problème significatif au niveau des mesures utilisées réside dans le fait que les questionnaires auto-rapportés nécessitaient que la mère fournisse des informations concernant des comportements ou conduites adoptées dans son enfance ou son adolescence. Ce type de données rétrospectives est basé sur la perception de la mère de ses comportements passés, et fait donc appel à la mémoire autobiographique. Malheureusement, la susceptibilité de la mémoire autobiographique à des distorsions d'origines diverses est bien établie (Bruhn, 1990). Dans ce sens, les informations fournies par la mère ne peuvent être considérées comme un portrait réel de celle-ci, telle qu'elle était dans son enfance ou adolescence. Les préoccupations actuelles de la mère ou encore ses représentations courantes d'elle-même ont pu influencer ses réponses de façon significative. À ce titre, il est intéressant de constater que le questionnaire ELDEQ, lequel met davantage l'emphase sur les symptômes *observables* ayant pu être présents dans l'enfance ou l'adolescence de la mère, a montré des associations plus fortes avec l'attachement que l'APSD, qui favorise plus les *perceptions* des comportements ou traits de personnalité dans le passé. Il est donc possible de supposer que le caractère plus « factuel » du questionnaire ELDEQ aurait pu contribuer à diminuer le biais rétrospectif, lequel serait davantage susceptible d'être présent avec l'APSD.

Par ailleurs, il importe de noter que dans la présente étude, les pères n'étaient pas disponibles pour fournir des informations sur leurs propres caractéristiques antisociales.

Ceci a pu constituer un biais majeur, dans la mesure où les mères devaient fournir des informations à ce niveau, bien que plusieurs d'entre elles n'aient pu avoir que peu de renseignements sur les comportements passés ou l'histoire de vie de leur conjoints (ou ex-conjoints). Par conséquent, il convient d'être extrêmement prudent lorsqu'il s'agit de tirer des interprétations des données portant sur l'antisocialité du père.

Du côté de l'évaluation des comportements agressifs chez les enfants, la principale source de biais tient au fait que les informations sur cette variable furent obtenues de la mère, sans faire appel à d'autres sources d'informations disponibles (p.ex., professeurs, grand-parents, père). L'addition de sources supplémentaires aurait été importante, dans la mesure où les recherches démontrent clairement que l'évaluation des problèmes de comportement tend à varier selon le type de personne de qui l'information est obtenue (Grietens et al., 2004 ; Vitaro, Gagnon, & Tremblay, 1991). Certaines formes d'agressivité, par exemple, pourrait se retrouver plus fréquemment en contexte scolaire que familial.

Finalement, des problèmes statistiques ont pu affecter la validité des résultats obtenus. La puissance statistique propre à la majorité des analyses fut considérablement réduite, dû à la faible taille de l'échantillon obtenu. Une réduction de la puissance diminue la capacité des analyses à identifier des liens significatifs entre les variables, entraînant donc un risque accru d'erreur de type II. Il est par conséquent possible que certaines relations entre les variables d'intérêt n'aient pas été prises en considération dans la présente étude, parce que non perçues.

4.3 Résumé et implications des résultats

Les données obtenues dans le cadre de la présente recherche fournissent un support empirique pour le rôle de l'attachement en tant que variable pertinente à la compréhension de l'antisocialité chez les jeunes mères et leurs enfants. Plusieurs associations significatives furent identifiées. Les résultats montrent d'abord un lien entre l'insécurité de l'attachement chez la mère, plus spécifiquement en termes d'attachement de type Préoccupé, et la présence d'antécédents antisociaux chez celle-ci. Ce résultat suggère que l'insécurité de l'attachement constitue un facteur de risque général quant au développement de l'antisocialité chez les jeunes mères.

Ensuite, un lien fut démontré entre l'attachement Préoccupé chez la mère et l'agressivité chez l'enfant. Il faut toutefois souligner que l'attachement chez la mère semble particulièrement associé à l'agressivité proactive, en contraste avec l'agressivité réactive, dans cet échantillon. Qui plus est, les résultats suggèrent que l'attachement Préoccupé chez la mère module le lien existant entre l'antisocialité de la mère et l'agressivité montrée par l'enfant. Donc, il a été observé que le lien entre les antécédents d'antisocialité chez la mère et l'agressivité chez l'enfant était particulièrement prononcé lorsque la mère était d'attachement Préoccupé.

Étant donné le peu de recherches examinant le rôle des caractéristiques liées au événements passés dans la vie du parent, et l'impact de ces événements sur le développement du jeune, des données telles que celles incluses dans la présente recherche peuvent s'avérer fort pertinentes dans le but d'approfondir les connaissances actuelles sur ce thème. Les résultats obtenus ici peuvent contribuer à situer le développement humain sur une base inter-générationnelle. Les relations passées de la jeune mère avec ses

propres donneurs de soins peuvent permettre de la protéger ou encore la rendre plus vulnérable quant au développement de conduites ou attitudes socialement mésadaptées. De plus, les mêmes expériences, peut-être à travers leur impact sur le développement de la mère, peuvent contribuer à protéger l'enfant ou le rendre plus vulnérable dans sa propre adaptation à son environnement social. En termes plus concrets, les résultats présentés dans le cadre de cette étude suggèrent que les pratiques parentales des mères adolescentes, tout comme leurs perceptions de leur enfant, devraient être comprises à la lumière des expériences relationnelles vécues par la mère avec ses propres figures d'attachement.

Il s'ensuit qu'une intervention visant à prévenir ou rectifier le développement de l'agressivité mésadaptée chez l'enfant devrait probablement viser un changement non seulement au niveau des comportements de l'enfant eux-même, mais également au niveau des facteurs pouvant contribuer au développement et au maintien de ces comportements. Ici, la nature fonctionnelle des conduites agressives chez le jeune doit être prise en considération. Selon les théories prédominantes dans le domaine de l'attachement, l'agression chez l'humain peut servir à éliciter des comportements de soins de la part des figures d'attachement, ou encore à préserver une représentation de soi ou du monde extérieur qui est prédominante chez l'individu. Dans ce contexte, le lien entre l'attachement Préoccupé chez la mère et l'agressivité chez l'enfant pourrait suggérer deux cibles globales pour l'intervention : 1) la dynamique relationnelle et les patrons d'interactions mère-enfant, et 2) les conflits internes chez la mère liés à ses expériences passées avec ses figures d'attachement.

Ce point est compatible avec le principe de « point d'entrée » à l'intervention avec les familles, tel qu'élaboré dans le modèle dit « transactionnel » de Sameroff (2004). Ce modèle soutient que l'enfant et la figure d'attachement sont partie intégrante d'un système interactionnel ayant une fonction de régulation pour les deux acteurs. Selon le modèle en question, le principal point d'ancrage lorsqu'il est question d'intervention n'est pas l'un ou l'autre des acteurs impliqués (enfant ou parent), mais la relation parent-enfant elle-même. En d'autres mots, parce que les problèmes observés en milieu clinique sont souvent à l'origine de nature relationnelle, l'intervention doit nécessairement porter principalement sur la relation. Or, toujours selon le modèle transactionnel, les patrons d'interaction parent-enfant sont rattachés à un système interprétatif ou perceptuel sous-jacent, et ce à la fois chez l'enfant et la figure d'attachement. Il est donc crucial pour le clinicien d'en venir à comprendre la nature de tels systèmes et la façon dont ils peuvent contribuer aux problèmes relationnels observés dans la dyade ou la structure familiale. Une telle compréhension donne accès à ce que l'auteur appelle des « points d'entrée » à l'intervention. Il faut également mentionner que, dans un modèle transactionnel, les patrons d'interaction entre enfant et figure d'attachement sont susceptibles de renforcer les systèmes interprétatifs existants. D'un point de vue clinique, les éléments énoncés ci-haut suggèrent qu'une intervention modifiant les systèmes interprétatifs de la dyade devraient du même coup entraîner un certain changement au niveau des patrons d'interaction observables. De même, une intervention des patrons d'interaction devraient contribuer à une modification des systèmes interprétatifs existants.

Ces considérations théoriques sont à la base des 3 formes d'intervention adressant les « points d'entrée » identifiés. Une forme d'intervention, basée sur la remédiation, vise

à modifier les comportements de l'enfant de façon à changer la dynamique relationnelle au niveau de la dyade. Une autre forme d'intervention vise à transformer le système interprétatif de la figure d'attachement en changeant la façon dont l'enfant et ses comportements sont perçus. Une troisième approche cherche à atteindre un changement au niveau des comportements du parent face à l'enfant, en donnant au parent accès à du feedback ou en améliorant ses connaissances ou habiletés parentales.

Les données obtenues dans la présente étude peuvent renseigner sur certains « points d'entrée » potentiels pour l'intervention auprès des mères et leurs enfants à risque de développer des comportements agressifs maladaptés. Dans l'optique de la prévention, une intervention rééducative visant à modifier les patrons d'interaction mère-enfant pourrait cibler les comportements de la mère qui sont susceptibles d'induire l'insécurité chez l'enfant. Les recherches ont indiqué que les comportements intrusifs, inconsistants et peu régulés par le parent Préoccupé entraînent souvent le développement chez l'enfant de comportements agressifs, visant à maximiser l'investissement du parent dans la relation, même si un tel investissement est sur une base négative (Thompson, 1999). L'agressivité de l'enfant constitue, en quelque sorte, un signal destiné à capturer l'attention du donneur de soin (Moss et al., 2004). Le développement chez la mère d'une conscience de l'impact de son style parental et de ses comportements sur la qualité de la relation avec l'enfant pourrait constituer une étape importante dans le traitement.

D'autre part, l'atteinte d'un changement au niveau de la dynamique relationnelle mère-enfant nécessitera probablement un travail sur les états d'esprit de la mère en regard de ses expériences passées avec ses propres figures d'attachement. De telles expériences, dans lesquelles la figure d'attachement fut perçue comme une source d'instabilité et

d'intrusion plutôt que de sécurité, peuvent être à l'origine de difficultés chez le parent à assumer son rôle de donneur de soins de façon consistante. Des situations de stress ou de conflit potentiel avec l'enfant pourraient déclencher des réactions de repli sur soi, de perte de contrôle ou encore d'impuissance chez le parent. Or, l'inconsistance au niveau des soins apportés par le parent, particulièrement en ce qui concerne la discipline, semble lié au développement de l'agressivité et la délinquance chez l'enfant (Patterson et al., 1989).

Du point de vue de l'intervention, le problème réside dans le fait que la préoccupation chez le parent, et la labilité qui l'accompagne, peuvent se manifester seulement dans des contextes spécifiques, et ne pas être observables dans des situations ordinaires. Chez les individus ayant un attachement Préoccupés, les conflits et représentations internes reliés à l'attachement qui motivent les comportements intrusifs ne sont pas nécessairement accessibles à la conscience. Le manque de conscience de soi ainsi que la difficulté à mobiliser les ressources adaptatives qui est typique des individus Préoccupés nécessite le recours à des mécanismes de défense plus « primitifs », souvent basés sur l'agir (Fonagy, 1999). Dans ce contexte, l'intervention auprès de la mère devrait viser l'atteinte d'une certaine capacité chez la mère à s'auto-réguler, favoriser des représentations d'objet plus nuancées et intégrées, établir une capacité à percevoir, établir et maintenir des frontières interpersonnelles, et développer la fonction réflexive du Soi. Étant donné la nature « inconsciente » des conflits et représentations qui perturbent les capacités parentales, il semble qu'une intervention à plus long terme axée sur l'expérience relationnelle correctrice pourrait s'avérer un choix approprié. Une intervention strictement comportementale risquerait de passer outre les conflits

inconscients qui contribuent au manque de régulation des comportements et affects du parent. Cette suggestion semble en partie supportée par le fait que les programmes d'intervention basés sur des principes psychodynamiques censés améliorer les interactions mère-enfant semblent relativement efficaces pour les mères présentant un attachement Préoccupé (Bosquet & Egeland, 2001).

Il faut par ailleurs noter ici le lien bien établi dans la littérature entre l'attachement de type Préoccupé et certaines formes de psychopathologie, dont certaines sont assez communes chez les mères adolescentes. Entre autre, la présence d'un trouble de l'humeur (particulièrement la dépression majeure ou la dysthymie), d'abus de substance, de trouble anxieux (notamment les désordres reliés aux stress ou événements traumatiques), ou encore un trouble de personnalité, dont le trouble de personnalité antisociale, devraient alerter le clinicien quant à la possibilité que les défenses et mécanismes d'adaptation utilisés par la mère ne suffisent pas à contenir les conflits internes reliés aux relations antérieures avec les figures d'attachement, lesquels s'expriment à travers les symptômes, la détresse, l'anxiété ou les passages à l'acte. Dans ces cas, une intervention multidisciplinaire visant d'abord à soulager l'expression du symptôme, pour ensuite promouvoir une meilleure compréhension et gestion des conflits reliés aux expériences passées peut s'avérer nécessaire. Il n'est pas nécessairement question ici d'un travail thérapeutique en profondeur sur une longue période de temps, ce qui peut s'avérer difficile à réaliser avec une clientèle plus ou moins stable quant à leur milieu de vie. Il s'agirait plutôt ici de permettre aux mères de développer une certaine autonomie face à leurs expériences passées, et d'apprendre à mieux utiliser leurs ressources personnelles et celles présentes dans leur environnement social pour favoriser l'établissement de

relations aux autres plus satisfaisantes, notamment dans le cadre de la relation parent-enfant.

Ceci étant dit, la question qui se pose alors d'emblée concerne les modalités d'interventions pouvant permettre de réaliser ces objectifs thérapeutiques, et la possibilité d'utiliser les données recueillies dans la présente étude à cette fin. Les travaux et écrits en attachement (p.ex., Fonagy et al., 1996) suggèrent que l'établissement d'un lien de confiance caractérisé par une certaine stabilité est un pré-requis au développement d'un attachement sécure chez le client. La notion de « partenariat à but corrigé », telle qu'élaborée par Bowlby (1988), s'avère particulièrement importante pour décrire une relation optimale entre professionnel de la santé et mères adolescentes. Les données obtenues dans le cadre de ce projet suggèrent que certains enfants de jeunes mères paraissent particulièrement à risque de développer des conduites agressives, et que le risque semble fonction en partie des antécédents antisociaux de la mère elle-même, en interaction avec un patron d'attachement Préoccupé chez celle-ci. L'établissement d'un lien de sécurité avec des figures dans l'environnement prodiguant des soins sur une base stable, fréquente, et de façon non-intrusive s'avère particulièrement important pour ces mères. Un tel lien peut se développer de façon graduelle avec des professionnels de la santé rencontrant les mères sur une base régulière, contribuant alors à tisser un lien de confiance. Par ailleurs, un lien significatif peut être établi non seulement avec les professionnels travaillant auprès des mères, mais également avec l'institution elle-même, laquelle peut, dans le meilleur des cas, agir comme une « base de sécurité » (Bowlby, 1988).

Le travail clinique avec les mères adolescentes, en particulier celles démontrant un patron d'attachement Préoccupé, peut s'avérer difficile par moments. Compte tenu du besoin marqué chez ces mères d'établir un lien de stabilité et de sécurité, il devient rapidement évident que cette tâche peut s'avérer difficile et frustrante pour les professionnels de la santé impliqués. L'attachement de type Préoccupé implique généralement une grande insatisfaction face aux relations d'attachement antérieures, les figures parentales étant perçues comme intrusives, inconsistantes, voire parfois complètement dominantes ou centrées sur elle-même. La personne d'attachement Préoccupé ne peut se dégager psychologiquement des expériences passées, dans lesquelles elle demeure enchevêtrée. La colère, la résistance active ou passive, et l'ambivalence teintent l'expérience subjective des relations d'attachement actuelles (Hesse, 1999). Il est donc particulièrement difficile pour ces personnes d'en venir à faire confiance à autrui, peut-être surtout lorsque l'autre est, de par son statut professionnel, en position d'autorité et de pouvoir. C'est dans ce contexte que le rôle des professionnels et de l'institution comme « bases de sécurité » devient particulièrement important. Malheureusement, les mères adolescentes démontrant davantage de besoins en termes de support thérapeutique sont probablement d'accès plus difficile que les autres, en raison de l'instabilité chronique qui les caractérise. Ces mères tendent par-exemple à déménager assez fréquemment, ce qui limite la continuité des soins. L'instabilité au niveau des partenaires de vie, lesquels peuvent dans bien des cas démontrer des traits antisociaux, limite également l'accès aux soins en raison du contrôle exercé par ceux-ci sur les mères. Bien que les données disponibles actuellement ne puissent confirmer cette hypothèse, il paraît fort probable que les mères d'attachement Préoccupé soient particulièrement

vulnérables aux interruptions dans les soins. Certaines recherches récentes suggèrent par exemple que l'attachement de type Préoccupé éprouvent davantage d'insatisfaction dans leurs relations interpersonnelles (Pielage, Luteijn, & Arrindell, 2005) et semblent à risque accru d'être victime de violence conjugale (Henderson, Bartholomew, Trinke, & Kwong, 2005).

Les données obtenues dans le cadre de la présente étude soulèvent évidemment de nombreuses questions pertinentes pour la recherche future. Bien qu'un lien entre les modèles d'attachement de la mère, l'antisocialité chez celle-ci et l'agressivité chez l'enfant ait été démontré, le processus par lequel les états d'esprit de la mère à l'égard de ses relations d'attachement antérieures peut être associé au développement de l'antisocialité ou l'agressivité est encore mal compris. Donc, les recherches ultérieures sur ce thème devraient tenter d'incorporer des variables médiatrices pouvant contribuer à expliquer ce lien. Une meilleure compréhension du processus en jeu permettrait de mieux orienter l'intervention, en fonction de sphères de déficits spécifiques. Pour ce faire, l'utilisation d'échantillons plus grands et d'instruments de mesure plus valides, par exemple en faisant appel à des sources d'information multiples, serait souhaitable.

En termes de la validité externe de l'étude, il serait utile de vérifier si les résultats peuvent être obtenus avec d'autres échantillons. Ce point est important dans la mesure où des biais significatifs ont été identifiés dans la présente recherche, limitant ainsi les conclusions pouvant être tirées des analyses. Des efforts par les chercheurs pour avoir accès à une population davantage à risque pourraient permettre de nuancer les résultats obtenus. Dans le même ordre d'idées, un examen des variables modératrices possibles permettrait de mieux comprendre les conditions dans lesquelles l'attachement chez la

mère s'avère particulièrement important pour le développement de l'antisocialité ou l'agressivité, à la fois chez la mère et l'enfant. Par exemple, est-il possible que l'attachement chez la mère soit particulièrement associé à l'agressivité chez les garçons, et moins chez les filles ?

Finalement, la mise sur pied d'études longitudinales documentant l'évolution des problèmes d'antisocialité chez la mère et l'agressivité chez l'enfant, et la façon dont ils évoluent dans le temps en fonction de l'attachement, permettrait de cerner davantage les processus en jeu. Par exemple, ce type de devis permettrait d'examiner la possibilité que le lien entre l'attachement chez la mère et l'agressivité chez l'enfant soit plus marqué à certaines étapes développementales que d'autres.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Ainsworth, M.D.S. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). London: Routledge.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alexander, P.C., & Warner, S. (2003). Attachment theory and family systems theory as frameworks for understanding the intergenerational transmission of family violence. In P. Erdman & T. Caffery (Eds.), *Attachment and family systems: Conceptual, empirical, and therapeutic relatedness. The family therapy and counseling series* (pp. 241-257). New York : Brunner-Routledge.
- Allen, J.P., Hauser, S.T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 254-263.
- American Psychiatric Association (1994). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition)*. Washington, DC: Author.
- Bakermans-Kranenburg, M., & van Ijzendoorn, M. (1993). A psychometric study of the Adult Attachment Interview: Reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology, 29*, 870-879.
- Barratt, M.S. (1991). School-age offspring of adolescent mothers: Environments and outcomes. *Family Relations, 40*, 442-447.

Barratt, M.S., & Roach, M.A. (1995). Early interactive processes: Parenting by adolescent and adult single mothers. *Infant Behavior and Development, 18*, 97-109.

Barron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The mediator-moderator variable distinction in social-psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.

Becker-Lausen, E., & Rickel, A.U. (1995). Integration of teen pregnancy and child abuse research: Identifying mediator variables for pregnancy outcome. *Journal of Primary Prevention, 16*, 39-53.

Belsky, J., Hsieh, K., & Crnic, K. (1998). Mothering, fathering, and infant negativity as antecedents of boys' externalizing problems and inhibition at age 3 years: Differential susceptibility to rearing experience? *Development and Psychopathology, 10*, 301-320.

Belsky, J., Rovine, M., & Taylor, D.G. (1984). The Pennsylvania Infant and Family Development Project: III. The origins of individual differences in infant-mother attachment: Maternal and infant contributions. *Child Development, 55*, 718-728.

Blaney, P.H. (1986). Affect and memory: A review. *Psychological Bulletin, 99*, 229-246.

Blatt, S.J., & Levy, K.N. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry. Special issue on attachment research and psychoanalysis III: Further reflections on theory and clinical experience*, 23, 102-150.

Boivin, M., Pérusse, D., Dionne, G., Swaysset, V., Zoccolillo, M., Tarabulsy, G., Tremblay, N., & Tremblay, R.E. (2005). The genetic-environmental etiology of parent's perceptions and self-assessed behaviours toward their 5-month old infants in a large twin and singleton sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 612-630.

Borge, A.I.H., Wefring, K.W., Lie, K.K., & Nordhagen, R. (2004). Chronic illness and aggressive behaviour : A population-based study of 4-year olds. *European Journal of Developmental Psychology*, 1, 19-29.

Bosquet, M., & Egeland, B. (2001). Associations among maternal depressive symptomatology, state of mind, and parent and child behaviors : Implications for attachment-based interventions. *Attachment and Human Development*, 3, 173-199.

Bowlby, J. (1973). *Separation, anxiety and anger*. New York : Basic Books.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss : Vol.1. Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.

Bradley, R.H., & Corwin, R.F. (2005). Productive activity and the prevention of behavior problems. *Developmental Psychology*, 41, 89-98.

Bradley, R., Heim, A.K., & Westen, D. (2005). Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: Empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, 186, 342-349.

Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.

Bruhn, A.R. (1990). Cognitive-perceptual theory and the projective use of autobiographical memory. *Journal of Personality Assessment*, 55, 95-114.

Campbell, S.B. (1994). Hard-to-manage preschool boys: Externalizing behavior, social competence, and family context at two-year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 147-166.

Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1970-1979.

Carlson, E.A., & Sroufe, L.A. (1995). Contributions of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (Vol. 1, pp. 581-617). New York: Wiley.

Caspi, A., Taylor, A., Smart, M., Jackson, J., Tagami, S., & Moffitt, T.E. (2001). Can women provide reliable information about their children's fathers? Cross-informant agreement about men's lifetime antisocial behaviour. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 42, 915-920.

Cassidy, B., Zoccolillo, M., & Hugues, S. (1996). Psychopathology in adolescent mothers and its effects on mother-infant interactions: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 379-384.

Christ, M.A., Lahey, B., Frick, P.J., & Russo, M. (1990). Serious conduct problems in the children of adolescent mothers: Disentangling confounded correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 840-844.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cole, P.M., Michel, M.K., & Teti, L. (1994). The development of emotional regulation and dysregulation. In N.A. Fox (ed.), *The development of emotional regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*, 73-100.
- Connell, A.M., & Goodman, S.H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 128*, 746-773.
- Constantino, J.N. (1996). Intergenerational aspects of the development of aggression: A preliminary report. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 17*, 176-182.
- Contreras, J.M., Mangelsdorf, S.C., Rhodes, J.E., Diener, M.L., & Brunson, L. (1999). Parent-child interaction among Latina adolescent mothers: The role of family and social support. *Journal of Research on Adolescence, 9*, 417-439.
- Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, 115*, 74-101.
- Crowell, J.A., & Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social Development, 4*, 294-327.
- Cummings, E.M., Ianotti, R.J., & Zahn-Wexler, C. (1989). Aggression between peers in early childhood: Individual continuity and developmental change. *Child Development, 72*, 887-895.

DeKlyen, M. (1996). Disruptive behavior disorder and intergenerational attachment patterns: A comparison of clinic-referred and normally functioning preschoolers and their mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 357-365.

Dodge, K.A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 201-218). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Dodge, K.A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology, 44*, 559-584.

Dodge, K.A., & Coie, J.D. (1987). Social information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 1146-1158.

Dodge, K.A., Lochman, J.E., Harnish, J.E., Bates, J.E., & Pettit, G.S. (1997). Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically-impaired chronically assaultive youth. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 37-51.

Dukewich, T.L., Borkowski, J.G., & Whitman, T.L. (1999). A longitudinal analysis of maternal abuse potential and developmental delays in children of adolescent mothers. *Child Abuse and Neglect, 23*, 405-420.

Ehrensaft, M. K., Wasserman, G. A., Verdelli, L., Greenwald, S., Miller, L. S. & Davies, M. (2003). Maternal antisocial behavior, parenting practices, and behavior problems in boys at risk for antisocial behavior. *Journal of Child & Family Studies, 12*, 27-40.

Eiden, R. D., Teti, D. M., & Corns, K. M. (1995). Maternal working models of attachment, marital adjustment, and the parent-child relationship. *Child Development, 66*, 1504–1518.

Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). Gpower: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers, 28*, 1-11.

Erickson, M.F., Sroufe, L.A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monographs of the Society or Research in Child Development, 50*, 147-166.

Fagot, B.I., Pears, K.C., & Capaldi, D.M., Crosby, L., & Leve, C.S. (1998). Becoming an adolescent father: Precursors and parenting. *Developmental Psychology, 34*, 1209-1219.

Farrington, D.P., Jolliffe, D., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Kalb, L.M. (2001). The concentration of offenders in families, and family criminality in the prediction of boy's delinquency. *Journal of Adolescence, 24*, 579-596.

Feeney, J.A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and insecurity. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128-152). New York: Guilford Press.

Fiscella, K., Kitzman, H. J., Cole, R. E., Sidora, K. J. & Olds, D. (1998). Does child abuse predict adolescent pregnancy. *Pediatrics, 101*, 620-624.

Fish, M. (2001). Attachment in low-SES rural Appalachian infants: Contextual, infant, and maternal interaction risk and protective factors. *Infant Mental Health Journal, 22*, 641-664.

Fonagy, P. (2000). *Attachment in infancy and the problem of conduct disorders in adolescence: The role of reflective function*. Plenary address to the International Association of Adolescent Psychiatry, San Francisco, January 2000.

Fonagy, P., Moran, G.S., & Target, M. (1993). Aggression and the psychological self. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74, 471-485.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.

Frick, P.J. (1998). *Conduct disorders and severe antisocial behavior*. New York: Plenum.

Frick, P.J., & Ellis, M.L. (1999). Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 149-168.

Frick, P.J., & Hare, R.D. (2001). *The Antisocial Process Screening Device*. Toronto: Multi-Health Systems.

Frick, P.J., & Morris, A.S. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 54-68.

Frick, P.J., Barry, C.T., & Bodin, S.D. (2000). Applying the concept of psychopathy to children: Implications for the assessment of antisocial youth. In C.B. Gacono (Ed.), *The clinical and forensic assessment of psychopathy* (pp. 3-24). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Frick, P.J., Bodin, S.D., & Barry, C.T. (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: Further development of the Psychopathy Screening Device. *Psychological Assessment*, 12, 382-393.

Frodi, A., Dernevik, M., Sepa, A., Philipson, J., & Bragesjoe, M. (2001). Current attachment representations of incarcerated offenders varying in degree of psychopathy. *Attachment and Human Development, 3*, 269-283.

Gardner, F.E. (1987). Positive interaction between mothers and conduct-problem children: Is there training for harmony as well as fighting ? *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 283-293.

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview* (2nd ed.). Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.

George, C., & Solomon, J. (1998). *Attachment disorganization at age six: Differences in doll play between punitive and caregiving children*. Paper presented at the meeting of the International Society for Behavioural Development, Bern, Switzerland.

George, C., & West, M. (sous presse). The Adult Attachment Projective: Measuring individual differences in attachment security using projective methodology. In M.J. Hilsenroth (Ed.), *Comprehensive handbook of psychological assessment: Vol.2 Personality assessment*. New York: Wiley.

George, C., West, M., & Pettem, O. (1997). *Adult Attachment Projective training manual*. Unpublished manuscript.

Gottfredson, M.R., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Greenberg, M.T., Speltz, M., & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology, 5*, 191-214.

- Greenberg, M.T., Speltz, M.L., DeKlyen, M., & Endriga, M.C. (1991). Attachment security in preschoolers with and without externalizing problems: A replication. *Development and Psychopathology, 3*, 413-430.
- Grietens, H., Onghena, P., Prinzie, P., Gadeyne, E., Van Assche, V., Ghesquière, P., & Hellinckx, W. (2004). Comparison of mothers', fathers', and teachers' reports on problem behavior in 5- to 6-year-old children. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment, 26*, 137-146.
- Grusec, J.E., & Lytton, H. (1988). *Social Development*. New York: Springer-Verlag.
- Hann, D.M., Castino, R.J., Jarosinski, J., & Britton, H. (1991). Relating mother-toddler negotiation patterns to infant attachment and maternal depression with an adolescent mother sample. In J. Osofsky & L. Hubbs-Tait (Chairs), *Consequences of adolescent parenting: Predicting behavior problems in toddlers and preschoolers*. Symposium conducted at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Seattle, WA.
- Hazan, C., & Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.
- Henderson, A.J.Z., Bartholomew, K., Trinke, S.J., & Kwong, M.J. (2005). When loving means hurting : An exploration of attachment and intimate partner abuse in a community sample. *Journal of Family Violence, 20*, 219-230.
- Herenkohl, E.C., Herrenkohl, R.C., Egolf, B.P., & Russo, M.J. (1998). The relationship between early maltreatment and teenage parenthood. *Journal of Adolescence, 21*, 291-303.

Hesse, E. (1996). Discourse, memory and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant mental Health Journal*, 17, 4-11.

Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 395-433). New York: Guilford.

Hope, T.L., Wilder, E.I., & Watt, T.T. (2003). The relationships among adolescent pregnancy, pregnancy resolution, and juvenile delinquency. *Sociological Quarterly*, 44, 555-576.

Horwitz, S.M., Bruce, M.L., Hoff, R.A., Harley, I., & Jekel, J.F. (1996). Depression in former school-age mothers and community comparison subjects. *Journal of Affective Disorders*, 40, 95-103.

Hubbs-Tait, L., Osofsky, J.D., Hann, D.M., & McDonald-Culp, A. (1994). Predicting behavior problems and social competence in children of adolescent mothers. *Family Relations*, 43, 439-446.

Isabella, R., & Belsky, J. (1991). Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: A replication study. *Child Development*, 62, 373-384.

Isabella, R., Belsky, J., & Von Eye, A. (1989). Origins of infant-mother attachment: An examination of interactional synchrony during the infant's first year. *Developmental Psychology*, 25, 12-21.

Ispa, J.M., Fine, M.A., & Thornburg, K.R. (2002). Maternal personality as a moderator of relations between difficult infant temperament and attachment security in low-income families. *Infant Mental Health Journal*, 23, 130-144.

Jacobsen, T., Edelstein, W., & Hofmann, V. (1994). A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology, 30*, 112-124.

Jacobvitz, D., & Hazen, N. (1999). Developmental pathways from infant disorganization to childhood peer relationships. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 127-159). New York: Guilford.

Jaffee, S.R. (2002). Pathways to adversity in young adulthood among early childbearers. *Journal of Family Psychology, 16*, 38-49.

Jaffee, S.R., Caspi, A., Moffitt, T.E., Taylor, A., & Dickson, N. (2001). Predicting early fatherhood and whether young fathers live with their children: Prospective findings and policy considerations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 42*, 803-815.

Kalil, A., Ziol-Guest, K.M., & Coley, R.L. (2005). Perceptions of father involvement patterns in teenage-mother families: Predictors and links to mothers' psychological adjustment. *Family Relations, 54*, 197-211.

Kazdin, A.E. (1987). Treatment of antisocial behavior in children: current status and future directions. *Psychological Bulletin, 102*, 187-203.

Keller, T.E., Spieker, S.J., & Gilchrist, L. (2005). Patterns of risk and trajectories of preschool problem behaviors: A person-oriented analysis of attachment in context. *Development and Psychopathology, 17*, 349-384.

Kempes, M., Matthys, W., De Vries, H., & van Engeland, H. (2005). Reactive and proactive aggression in children: A review of theory, findings and the relevance for child and adolescent psychiatry. *European Child & Adolescent Psychiatry, 14*, 11-19.

- Kissman, K. (1998). High-risk behaviour among adolescent mothers. *International Journal of Adolescence and Youth*, 7, 179-191.
- Klein, M. (1957). *Envy and gratitude*. New York : Basic Books.
- Kolvin, L., Miller, J.W., Fleeting, M., & Kolvin, P.A. (1988). Social and parenting factors affecting criminal offense rates: Findings from the Newcastle Thousand Family Study. *British Journal of Psychiatry*, 152, 80-90.
- Korfmacher, J., Adam, E., Ogawa, J., & Egeland, B. (1997). Adult attachment : Implications for the therapeutic process in a home visitation intervention. *Applied Developmental Science*, 1, 43-52.
- Kochanska, G., Friesenborg, A.E., Lange, L.A., & Martel, M. (2004). Parent's personality and infant's temperament as contributors to their emerging relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 744-759.
- Krishnakumar, A., & Black, M.M. (2003). Family processes with three-generation households and adolescent mother's satisfaction with father involvement. *Journal of Family Psychology*, 17, 488-498.
- Kurtz, L., & Derevensky, J.L. (1994). Adolescent motherhood: An application of the stress and coping model to child-rearing attitudes and practices. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 13, 5-24.
- Lamb, M.E., Elster, A.B., & Tavaré, J. (1986). Behavioral profiles of adolescent mothers and partners with varying intracouple age differences. *Journal of Adolescent Research*, 1, 399-408.
- Lazarsfeld, P.F., & Henry, N.W. (1968). *Latent structure analysis*. Boston, MA: Houghton Mifflin.

Leadbeater, B.J., Bishop, S.J., & Raver, C.C. (1996). Quality of mother-toddler interactions, maternal depressive symptoms, and behavior problems in preschoolers of adolescent mothers. *Developmental Psychology, 32*, 280-288.

LeBlanc, M. (1992). Family dynamics, adolescent delinquency, and adult criminality. *Psychiatry, 55*, 336-353.

Leland-Benham, A. (2000). The observation and assessment of young children including use of the infant-toddler mental status exam. In C. Zeanah (ed.). *Handbook of infant mental health (2nd ed.)*, (pp. 249-270). New York: Guilford.

Levy, K.N., Meehan, K.B., Weber, M., Reynoso, J., & Clarkin, J.F. (2005). Attachment and borderline personality disorder: Implications for psychotherapy. *Psychopathology, 38*, 64-74.

Lewis, M., & Feiring, C. (1989). Infant, mother, and mother-infant interaction behavior and subsequent attachment. *Child Development, 60*, 831-837.

Loeber, R., Drinkwater, M., Yin, Y., Anderson, S.J., Schmidt, L.C., & Crawford, A. (2000). Stability of family interaction from ages 6 to 18. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 353-369.

Lounds, J.J., Borkowski, J.G., Whitman, T.L., Maxwell, S.E., & Weed, K. (2005). Adolescent parenting and attachment during infancy and early childhood. *Parenting, 5*, 91-117.

Lyddon, W., & Sherry, A. (2001). Developmental personality styles : An attachment theory conceptualization of personality disorders. *Journal of Counseling & Development, 79*, 405-414.

Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 32-40.

Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development, 64*, 572-585.

Luster, T. (1998). Individual differences in the caregiving behavior of teenage mothers: An ecological perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 3*, 341-360.

Maccoby, E.E. (1980). *Social Development*. New York: Harcourt Brace.

MacMillan, R., McMorris, B.J., & Kruttschnitt, C. (2004). Linked lives: Stability and change in maternal circumstances and trajectories of antisocial behavior in children. *Child Development, 75*, 205-220.

Main, M. (1995). Recent studies in attachment : Overview, with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory : Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 407-475). Hillsdale, NJ : Analytic Press.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*, 66-104.

Martin, S.L., & Burchinal, M.R. (1992). Young women's antisocial behavior and the later emotional health of their children. *American Journal of Public Health, 82*, 1007-1010.

Mash, E., & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 86-99.

Maughan, B., & Lindelow, M. (1997). Secular change in psychosocial risks: The case of teenage motherhood. *Psychological Medicine, 27*, 1129-1144.

McCord, J. (1979). Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1477-1486.

McKenry, P.C., Kotch, J.B., & Browne, D.H. (1991). Correlates of dysfunctional parenting attitudes among low-income adolescent mothers. *Journal of Adolescent Research, 6*, 212-234.

Meloy, J.R. (1992). *Violent attachments*. Northdale, NJ: Jason Aronson.

Meyers, S.A., & Battistoni, J. (2003). Proximal and distal correlates of adolescent mothers' parenting attitudes. *Journal of Applied Developmental Psychology, 24*, 33-49.

Miller, S.H. (1981). Young adolescent mothers – how they and their children fare. *Early Child Development and Care, 7*, 265-278.

Miller-Johnson, S., Winn, D.M., Coie, J., Maumary-Gremaud, A., Hyman, C., Terry, R., & Lochman, J. (1999). Motherhood during the teen years : A developmental perspective on risk factors for childbearing. *Development and Psychopathology, 11*, 85-100.

Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review, 100*, 674-701.

Moffitt, T.E. (2002). Teen-aged mothers in contemporary Britain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 727-742.

Moran, G., Pederson, D.R., & Krupka, A. (2005). Maternal unresolved attachment status impedes the effectiveness of interventions with adolescent mothers. *Infant Mental Health Journal, 26*, 231-249.

Morisset, C.T., Barnard, K.E., Greenberg, M.T., Booth, C.L., & Spieker, S.J. (1990). Environmental influences on early language development: The context of social risk. *Development and Psychopathology, 2*, 127-149.

Morizot, J., & Vitaro, F. (2003). Tempérament et comportements perturbateurs chez l'enfant : Une revue critique des études longitudinales. *Bulletin de Psychologie, 56*, 69-78.

Moss, E., Bureau, J.F., Tarabulsy, G., & Dubois-Comtois, K. (2005). Stability of attachment between preschool and early school-age. *Developmental Psychology, 41*, 773-783.

Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology, 40*, 519-532.

Moss, E., Parent, S., Gosselin, C., Rousseau, D., & St-Laurent, D. (1996). Attachment and teacher-reported behavior problems during the preschool and early school-age period. *Development and Psychopathology, 8*, 511-525.

Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school-age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. *Child Development, 69*, 1390-1405.

Moss, E., Thibaudeau, P., Cyr, C., & Rousseau, D. (2001). *Controlling attachment and child management of parental emotion*. In D. R. Pederson & C. A. DeOliviera (Chairs), Attachment and the socialization of emotions. Symposium conducted at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Minneapolis, MN.

Munson, J.A., McMahon, R.J., & Spieker, S.J. (2001). Structure and variability in the developmental trajectory of children's externalizing problems: Impact of infant attachment, maternal depressive symptomatology, and child sex. *Development and Psychopathology, 13*, 277-296.

Nagin, D.S., Farrington, D.P., & Moffitt, T.E. (1995). Life-course trajectories of different types of offenders. *Criminology, 33*, 111-139.

Nagin, D.S., Pogarsky, G., & Farrington, D.P. (1997). Adolescent mothers and the criminal behavior of their children. *Law and Society Review, 31*, 137-162.

Nas, C.N., Orobio, B., & Koops, W. (2005). Social information processing in delinquent adolescents. *Psychology, Crime & Law. Special Issue: Working with aggression and violence: Assessment, prevention and treatment, 11*, 363-375.

Nitz, K., Ketterlinus, R.D., & Brandt, L.J. (1995). The role of stress, social support, and family environment in adolescent mothers' parenting. *Journal of Adolescent Research, 10*, 358-382.

Noll, J.G., Trickett, P.K., & Putnam, F.W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 575-586.

O'Callaghan, M.F., Borkowski, J.G., Whitman, T.L., Maxwell, S.E., & Keogh, D. (1999). A model of adolescent parenting: The role of cognitive readiness to parent. *Journal of Research on Adolescence, 9*, 203-225.

Oxford, M.L., Gilchrist, L.D., Lohr, M.J., Gillmore, M.R., Morrison, D.M., & Spieker, S.J. (2005). Life course heterogeneity in the transition from adolescence to adulthood among adolescent mothers. *Journal of Research on Adolescence, 15*, 479-504.

Paris, J. (1999). *Nature and nurture in psychiatry: A predisposition--stress model of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Parker, D.W. (2002). *An investigation of the relationship between maternal attachment-related characteristics and the aggressive behaviour of four, five or six-year-old sons*. Thèse de doctorat, Université de Toronto.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive family processes (Vol. 3)*. Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44*, 329-335.

Pederson, D. R., Gleason, K., Moran, G., & Bento, S. (1998). Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant-mother attachment relationship. *Developmental Psychology, 34*, 925-933.

Pianta, R.C., Egeland, B., & Adam, E.K. (1996). Adult attachment classification and self-reported psychiatric symptomatology as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 273-281.

Pielage, S.B., Luteijn, F., & Arrindell, W.A. (2005). Adult attachment, intimacy and psychological distress in a clinical and community sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 12*, 455-464.

Poulin, F., & Boivin, M. (2000a). Reactive and proactive aggression: Evidence of a two-factor model. *Psychological Assessment, 12*, 115-122.

Poulin, F., & Boivin, M. (2000b). The role of proactive and reactive aggression in the formation and development of boys' friendships. *Developmental Psychology, 36*, 233-240.

Prinz, R.J., & Miller, G.E. (1991). Issues in understanding and treating childhood conduct problems in disadvantaged populations. *Journal of Clinical Child Psychology, 20*, 379-385.

Quinsey, V.L., Skilling, T.A., Lalumière, M.L., & Craig, W.M. (2004). A taxonomy of juvenile delinquency and an integrated theoretical perspective. In V.L. Quinsey, T.A. Skilling, M.L. Lalumière, W.M. Craig, *Juvenile delinquency: Understanding the origins of individual differences* (pp. 93-114). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Raine, A. (1997). Antisocial behavior and psychophysiology: A biosocial perspective and a prefrontal dysfunction hypothesis. In D. Stoff, J. Breiling, & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior*, (pp. 289-304). New York: Wiley.

Reis, J. (1989). A comparison of young teenage, older teenage, and adult mothers on determinants of parenting. *Journal of Psychology, 123*, 141-151.

Renken, B., Egeland, B., Marvinney, D., Mangelsdorf, S., & Sroufe, L.A. (1989). Early childhood antecedents of aggression and passive withdrawal in early elementary school. *Journal of Personality, 57*, 257-281.

Rhee, S.H., & Waldman, I.D. (2002). Genetic and environmental influences on antisocial behavior: A meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Bulletin*, 29, 490-529.

Rhule, D.M., McMahon, R.J., & Spieker, S.J. (2005). Relation of adolescent mothers' history of antisocial behavior to child conduct problems and social competence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 524-535.

Robins, L.N. (1966). *Deviant children grown up : A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Robins, L.N., West, P., & Herjanic, B. (1975). Arrests and delinquency in two generations: A study of black urban families and their children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 125-140.

Rosenstein, D.S., & Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.

Rothbaum, F., & Weisz, J.R. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116, 55-74.

Sameroff, A.J. (2004). Ports of entry and the dynamics of mother-infant interventions. In A.J.Sameroff, S.C. McDonough, & K.L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems* (pp. 3-29). New York : Guilford.

Sampson, R.J., & Laub, J.H. (1993). *Crime in the making: Pathways and turning points*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Sanson, A., Oberklaid, F., Pedlow, R., & Prior, M. (1991). Risk indicators: Assessment of infancy predictors of pre-school behavior maladjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 609-626.

Schilmoeller, G.L., & Baranowski, M.D. (1985). Childrearing of firstborns by adolescent and older mothers. *Adolescence*, 20, 805-822.

Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M.J., & van Ijzendoorn, M.H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and infant disorganized attachment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 67, 54-63.

Séguin, J.R., Nagin, D., Assad, J.M., & Tremblay, R.E. (2004). Cognitive-neuropsychological function in chronic physical aggression and hyperactivity. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 603-613.

Shaw, D., Gilliom, M., & Giovanelli, J. (2000). Aggressive behavior disorders. In C. Zeanah (ed.). *Handbook of infant mental health (2nd ed.)*, (pp. 397-411). New York: Guilford.

Shaw, D., Keenan, K., & Vondra, J.I. (1994). Developmental precursors of externalizing behavior : Ages 1 to 3. *Developmental Psychology*, 30, 355-364.

Shaw, D.S., Winslow, E.B., Owens, E.B., & Hood, N. (1998). Young children's adjustment to chronic family adversity: A longitudinal study of low-income families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 545-553.

Shaw, D.S., Owens, E.B., Vondra, J.I., Keenan, K., & Winslow, E.B. (1997). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 8, 679-699.

Silberg, J.L., Parr, T., Neale, M.C., Rutter, M., Angold, A., & Eaves, L.J. (2003). Maternal smoking during pregnancy and risk to boy's conduct disturbance: An examination of the causal hypothesis. *Biological Psychiatry*, 53, 130-135.

Solomon, J., George, C., & De Jong, A. (1995). Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology, 7*, 447-463.

Speltz, M.L., Greenberg, M.T., & DeKlyen, M. (1990). Attachment in preschoolers with disruptive behavior: A comparison of clinic-referred and non-problem children. *Development and Psychopathology, 2*, 31-46.

Spieker, S.J., Larson, N. C., Lewis, S.M., White, R.D., & Gilchrist, L. (1997). Children of adolescent mothers: Cognitive and behavioral status at age six. *Child & Adolescent Social Work Journal, 14*, 335-364.

SPSS Inc. (2003) *SPSS 11.5*. Chicago, IL: SPSS.

Sroufe, L.A. (1983). Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. In M. Perlmutter (Eds.), *Minnesota Symposia on Child Psychology: Vol.16. Development and policy concerning children with special needs* (pp. 41-83). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Sroufe, L.A. (2005). Attachment and development : A prospective, longitudinal study into adulthood. *Attachment and Human Development, 7*, 349-367.

Stoiber, K.C., & Houghton, T.G. (1994). Adolescent mothers' cognitions and behaviors as at-risk indicators. *School Psychology Quarterly, 9*, 295-316.

Strassberg, Z., & Treboux, D. (2000). Interpretations of child emotion expressions and coercive parenting practices among adolescent mothers. *Social Development, 9*, 80-95.

- Tamis-Lemonda, C.S., Shannon, J., & Spellmann, M. (2002). Low-income adolescent mothers' knowledge about domains of child development. *Infant Mental Health Journal, 23*, 88-103.
- Tarabulsky, G.M., Bernier, A., Provost, M.A., Maranda, J., Larose, S., Moss, E., Larose, M., & Tessier, R. Another look inside the gap: Ecological contributions to the transmission of attachment in a sample of adolescent mother-infant dyads. *Developmental Psychology, 41*, 212-224.
- Teberg, A.J., Howell, V.V., & Wingert, W.A. (1983). Attachment interaction behavior between young teenage mothers and their infants. *Journal of Adolescent Health Care, 4*, 61-66.
- Teti, D., Gelfand, D., Messinger, D., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment. *Developmental Psychology, 31*, 364-376.
- Thompson, R.A. (1999). Early attachment and later development. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 265-286). New York: Guilford.
- Tremblay, R.E., Nagin, D.S., Séguin, J.R., Zoccolillo, M., Zelazo, P.D., Boivin, M., Pérusse, D., & Japel, C. (2005). Physical aggression during early childhood : Trajectories and predictors. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review, 14*, 3-9.
- Troy, M., & Sroufe, L.A. (1987). Victimization among preschoolers: The role of attachment relationship history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*, 166-172.
- Urban, J., Carlson, E., Egeland, B., & Sroufe, L.A. (1991). Patterns of individual adaptation across childhood. *Development and Psychopathology, 3*, 445-560.

van Ijzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, *117*, 387-403.

van Ijzendoorn, M.H. (1997). Attachment, emergent morality, and aggression: Toward a developmental socioemotional model of antisocial behavior. *International Journal of Behavioral Development*, *21*, 703-727.

van Ijzendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical Groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 8-21.

van Ijzendoorn, M.H., Feldbrugge, J.T.T.M., Derks, F.C.H., de Ruiter, C., Verhagen, M.F.M., Philipse, M.W.G., van der Staak, C.P.F., & Riksen-Walraven, J.M.A. (1997). Attachment representations of personality-disordered criminal offenders. *American Journal of Orthopsychiatry*, *67*, 449-459.

Vermunt, J.K. (1997). *Log-linear and event history analysis with missing data using the EM algorithm*. Tilburg, Netherlands: Faculty of Social Sciences, Tilburg University.

Vitaro, F., Gagnon, C., & Tremblay, R. (1991). Teachers' and mothers' assessment of children's behaviors from kindergarten to grade two: Stability and change within and across informants. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *13*, 325-343.

Vondra, J., Shaw, D., & Kevinides, M. (1995). Predicting infant attachment classification from multiple, contemporaneous measures of maternal care. *Infant Behavior and Development*, *18*, 415-425.

Ward, M.J., & Carlson, E.A. (1995). Associations among adult attachment representations, maternal sensitivity, and infant-mother attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Development, 66*, 69-79.

Warren, S.L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L.A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 637-644.

Weed, K., Keogh, D., & Borkowski, J. (2006). Stability of resilience in children of adolescent mothers. *Applied Developmental Psychology, 27*, 60-77.

Weinfield, N.S., Sroufe, L.A., Egeland, B., & Carlson, E.A. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 68-88). New York: Guilford.

Weiss, R. (1991). Attachment in adult life. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 171-184). London: Routledge.

West, M., & George, C. (2002). Attachment and dysthymia: The contribution of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. *Attachment and Human Development, 4*, 278-293.

West, M., Sheldon, A.E.R., & Reiffer, L. (1987). An approach to the delineation of adult attachment: Scale development and reliability. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175*, 738-741.

Whiteside-Mansell, L., Pope, S.K., & Bradley, R.H. (1996). Patterns of parenting behavior in young mothers. *Family Relations, 45*, 273-281.

- Whitman, T.L., Borkowski, J.G., Schellenbach, C.J., & Nath, P.S. (1987). Predicting and understanding developmental delay of children of adolescent mothers: A multidimensional approach. *American Journal of Mental Deficiency, 92*, 40-56.
- Willock, B. (1986). Narcissistic vulnerability in the hyperaggressive child: The disregarded (unloved, uncared-for) self. *Psychoanalytic Psychology, 3*, 59-80.
- Zeanah, C. H., Boris, N.W., & Scheeringa, M.S. (1997). Psychopathology in infancy. *Journal of Child and Adolescent Psychology, 38*, 81-99.
- Zimmerman, M.A., Tuttle, L., Kieffer, E., Parker, E., Caldwell, C.H., & Matton, K.I. (2001). Psychosocial outcomes of urban African American adolescents born to teenage mothers. *American Journal of Community Psychology, 29*, 799-805.
- Zoccolillo, M., Cassidy, B., & Hugues, S. (1996). Psychopathology in adolescent mothers and its effects on mother-infant interactions: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*, 379-384.
- Zoccolillo, M., Meyers, J., & Assiter, S. (1997). Conduct disorder, substance dependence, and adolescent motherhood. *American Journal of Orthopsychiatry, 67*, 152-157.
- Zoccolillo, M., Romano, E., Joubert, D., Mazzarello, T., Côté, S., Boivin, M., Pérusse, D., & Tremblay, R.E. (2005). The intergenerational transmission of aggression and antisocial behavior. In R.E. Tremblay, Hartup, W.W., & Archer, J. (Eds.), *Developmental Origins of Aggression* (pp. 353-375). New York: Guilford.

Zoccolillo, M., Baillargeon, R., Boivin, M., Pérusse, D., Vermunt, J.K., & Tremblay, R.E. (2005). *Assessing maternal and paternal antisocial disorder in epidemiologic and longitudinal studies of disruptive disorders in children*. Manuscrit en préparation.

APPENDICE A

Formulaires de consentement

The development of children of young mothers : The importance of the mother-child relationship

Mark Zoccolillo, M.D.

Department of Psychiatry, Montreal Children's Hospital

Ellen Moss, Ph.D., Tania Mazzarello and David Joubert
Department of Psychology, University of Québec at Montréal

CONSENT FORM

The purpose of this study is to explore the role of maternal psychosocial factors and mother-child relationships in childrens' development. It will be conducted in a laboratory located at Université du Québec à Montréal. Participants are required to complete a number of short questionnaires related to their past and present life. In addition, there will be a session whereby the mothers will interact with their children and a developmental assessment of the child. The entire process should take between two and three hours to complete. We will also need for you to identify and give us permission to contact someone who knows you and your child in order for that person to complete questionnaires and give us some information about you. The information obtained will enable us to determine the role of maternal factors and mother-child interactions in childrens' development, therefore it will be very beneficial. Hence, we request your collaboration.

All personal information will be kept strictly confidential. However, should you inform us that you are currently harming or intend to harm either yourself, your child or someone else, we are obligated by law to inform your medical care provider of the situation, who will then discuss the situation with you. Moreover, although we will have to record your name in order to obtain relevant information from the medical files, it will not be mentioned in the research and any nominal information will be removed so that you cannot be identified. The results of the study may be published but the participant's name will be kept confidential. Participation in the study is strictly voluntary. A decision not to participate in the study will in no way affect the quality of care you receive at the Montreal Children's Hospital.

Should we find a significant emotional problem or delay in development of your child we will help you find appropriate care. Should we find significant emotional problems that you want help with we will help you find mental health care.

I understand that there are no adverse effects, nor risks associated with this study. If any of the questions or procedures cause distress, research assistants will be available to discuss this with me. I am aware that I am free to refuse any questions, to not fill out the questionnaires or to withdraw from the study at any time.

Dr. Ellen Moss and Dr. Mark Zoccolillo are primarily responsible for the study. If you have any questions or comments about the study, please feel free to contact them. Dr. Moss can be reached at 987-3000 ext. 8525 and Dr. Zoccolillo can be reached at (514) 412-4493.

I have read the consent form, been given the opportunity to ask questions and my questions have been answered to my satisfaction.

DATE: _____ SIGNED: _____

This consent form has been read and signed in my presence by _____ who has informed me that he/she has carefully considered and understood each point in the consent form.

DATE: _____ SIGNED: _____

I will conform to the above-mentioned guidelines.

DATE: _____ SIGNED: _____

Le développement des enfants de mères adolescentes : Le rôle de la relation mère-enfant

Mark Zoccolillo, M.D.

Département de psychiatrie, Hôpital de Montréal pour Enfants

Ellen Moss, Ph.D., Tania Mazzarello et David Joubert

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Le but premier de cette étude est d'explorer le rôle des facteurs psychosociaux chez la mère et de la nature de la relation mère-enfant dans le développement des enfants. L'étude sera menée dans un laboratoire situé à l'Université du Québec à Montréal. Les participants devront remplir de courts questionnaires portant sur leur vie présente et passée. Par ailleurs, il y aura une brève période durant laquelle la mère et l'enfant seront observés en interaction, ainsi qu'une évaluation développementale de l'enfant. L'expérimentation devrait prendre entre 2 et 3 heures à compléter. Nous aurons également besoin que les mères identifient une personne dans leur entourage qui vous connaisse ainsi que votre enfant, pour que cette personne puisse compléter quelques questionnaires et nous donner certaines informations à votre sujet. L'information obtenue nous permettra de mieux comprendre le rôle des caractéristiques maternelles et de la relation mère-enfant dans le développement de l'enfant, ce qui sera très bénéfique. Nous suscitons donc votre collaboration.

Toute l'information que nous recueillons sera traitée de façon strictement confidentielle. Cependant, dans l'éventualité où vous nous informeriez d'une intention de blesser soit vous-même, votre enfant ou une autre personne, nous sommes dans l'obligation légale de révéler cette intention à votre médecin traitant, lequel discutera de la situation avec vous. Bien que nous ayons à documenter votre nom pour nous permettre de recueillir l'information du dossier médical, toute information pouvant permettre de vous identifier sera exclue. Même si il est possible que les résultats de la recherche soient publiés, aucune information ne sera contenue dans les publications qui puisse permettre de vous identifier. Votre participation dans ce projet se fait sur une base volontaire. Une décision de votre part de ne pas participer n'entraînera aucune conséquence quant à la qualité des soins que vous recevez à l'Hôpital de Montréal pour Enfants.

Dans l'éventualité où nous remarquerions un problème émotionnel ou développemental chez votre enfant, nous vous aiderons à trouver les ressources en santé nécessaires pour y remédier. Si vous nous faites part de problèmes émotionnels pour lesquels vous aimeriez recevoir de l'assistance professionnelle, nous vous dirigerons vers les ressources en santé appropriées.

Je comprends que les risques et effets négatifs associés à cette étude sont négligeables. Si une question ou procédure sont une source de détresse pour moi, les assistants de recherche seront disponibles pour en discuter. Je suis consciente que je peux refuser de répondre à toute question, de prendre part à toute procédure, ou de me retirer de l'étude à n'importe quel moment.

Ellen Moss, Ph.D. et Mark Zoccolillo, M.D. sont responsables pour ce projet. Pour toute question concernant cette étude et les procédures, les Drs. Moss et Zoccolillo seront disponibles pour répondre à vos questions. Le Dr. Zoccolillo peut être rejoint à (514) 412-4493, et le Dr. Moss au (514) 987-3000 poste 8525.

J'ai lu le formulaire de consentement, j'ai eu l'opportunité de poser des questions et celles-ci ont été répondues à ma satisfaction.

DATE : _____ SIGNATURE : _____

Ce formulaire a été lu en ma présence par _____, qui m'a informé qu'elle a compris et considéré chaque point inclus.

DATE : _____ SIGNATURE : _____

Je déclare me conformer aux règles et principes énoncés ci-haut.

DATE : _____ SIGNATURE : _____

APPENDICE B

Questionnaire Socio-démographique (inclus questionnaire ELDEQ pour les conjoints)

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Date de visite _____ / _____ / _____
 (année) (mois) (jour)

Information sur la participante

NOM _____

DATE DE NAISSANCE _____ / _____ / _____
 (année) (mois) (jour)

AGE _____

LIEU DE NAISSANCE _____

ORIGINE ETHNIQUE _____

STATUT CIVIL 1. Célibataire 2. Mariée 3. Séparée, divorcée 4. Remariée
 5. En union libre 6. Veuve

ADRESSE ACTUELLE

VILLE _____ CODE POSTAL _____

TELEPHONE () _____

LIEU DE RÉSIDENCE ACTUEL

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1. famille naturelle | 7. appartement avec autres |
| 2. famille adoptive | 8. chambre et pension |
| 3. parenté | 9. centre d'accueil |
| 4. famille d'accueil | 10. foyer de groupe |
| 5. appartement avec ami, conjoint | 11. chez un ou des amis |
| 6. appartement seule | 12. autre |
- _____

SCOLARITÉ

- | | | |
|-----------------|-----------------|---------------|
| 1. élémentaire | 4. secondaire 3 | 7. CEGEP |
| 2. secondaire 1 | 5. secondaire 4 | 8. Université |
| 3. secondaire 2 | 6. secondaire 5 | |

ETES-VOUS ÉTUDIANTE ACTUELLEMENT ? OUI _____ NON _____

D'OU PROVIENNENT VOS REVENUS ACTUELS ?

1. travail, spécifiez _____

2. aide sociale _____

3. chômage _____

4. prêts et bourse _____

5. famille, conjoint _____

6. autres, spécifiez _____

NOMBRE D'ENFANTS MIS AU MONDE _____

NOMBRE D'ENFANTS VIVANT AVEC VOUS _____

POUR LES ENFANTS NE VIVANT PAS AVEC VOUS, QUEL EST LEUR LIEU DE RÉSIDENCE ?

1. avec le père _____

2. _____

3. parents adoptifs ou d'accueil _____

4. grand-parents _____

4. autre parenté _____

5. centre d'accueil _____

6. confié à adoption _____

7. décédé _____

8. autre _____

UTILISEZ-VOUS DES CONTRACEPTIFS ?

1. Régulièrement

2. Occasionnellement

3. Jamais

SI OUI, LESQUELS ?

1. Pilule

2. stérilet

3. condom

4. stérilisation

5. pilule du lendemain

6. mousse contraceptive

7. diaphragme

8. éponge contraceptive

9. ovule

10. thermomètre, calendrier

Information sur votre conjoint

ÂGE _____ VOTRE CONJOINT VIT-IL AVEC VOUS ? OUI _____ NON _____

STATUT CIVIL DU CONJOINT

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 1. célibataire | 4. divorcé ou séparé légalement |
| 2. marié avec la participante | 5. veuf |
| 3. marié avec autre | |

OCCUPATION DU CONJOINT

- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| 1. travail, spécifiez _____ | 4. assisté social |
| 2. rentier, retraité | 5. autre _____ |
| 3. chômeur | |

S'IL NE TRAVAILLE PAS ACTUELLEMENT, QUEL FUT SON DERNIER EMPLOI ?

VOTRE CONJOINT EST-IL LE PÈRE NATUREL DE VOS ENFANTS ?

Oui _____ Non _____

SINON, LE PÈRE NATUREL EST-IL CONNU ? Oui _____ Non _____

ÂGE DU PÈRE NATUREL _____

À COMBIEN ESTIMEZ-VOUS LE NOMBRE DE CONJOINTS QUE VOUS AVEZ EU DANS LES DERNIERS 5 ANS ?

QUELLE EST LA DURÉE DE LA RELATION LA PLUS LONGUE QUE VOUS AYEZ EU ?

A QUELLE FRÉQUENCE EST-CE QUE LE PÈRE NATUREL VOIT SON OU SES ENFANTS ?

1. Jamais
2. Rarement (quelques fois par année)
3. Occasionnellement (quelques fois par mois)
4. Régulièrement (quelques fois par semaine)
5. Vit avec l'enfant

COMMENT DÉCRIVEZ-VOUS LA RELATION ENTRE LE PÈRE NATUREL ET SON OU SES ENFANTS ?

1. Mauvaise
2. Moyenne

- 3. Bonne
- 4. Très bonne
- 5. Aucune relation

CONCERNANT LE PÈRE NATUREL DE VOTRE OU VOS ENFANTS :

1. Avant la fin du secondaire 5, a-t-il piqué ou volé plus d'une fois des choses dans les magasins, à d'autres enfants, à ses parents ou à quelqu'un d'autre?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

2. Avant la fin du secondaire 5, a-t-il souvent été impliqué dans des bagarres qu'il avait commencées?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

3. Avant la fin du secondaire 5, a-t-il déjà été impliqué avec la police, arrêté par la police ou impliqué avec la DPJ (Direction de la Protection de la Jeunesse) à cause de sa mauvaise conduite?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

4. Avant la fin du secondaire 5, a-t-il déjà été renvoyé ou suspendu de l'école?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

5. Après avoir quitté l'école ou fini ses études, a-t-il été congédié de son travail plus d'une fois?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

6. Après avoir quitté l'école ou fini ses études, a-t-il déjà été arrêté pour des infractions autres que celles au code de la route?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

7. Après avoir quitté l'école ou fini ses études, a-t-il plus d'une fois été impliqué dans des bagarres, a-t-il attaqué ou blessé quelqu'un, en vous incluant vous-même?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

8. Après avoir quitté l'école ou fini ses études, a-t-il déjà été dans le trouble à son travail, avec la police ou avec sa famille, ou a-t-il eu un accident de la route à cause de drogues ou d'alcool?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

CONCERNANT VOS CONJOINTS (Depuis 5 ans) :

1. Avant la fin du secondaire 5, ont-ils piqué ou volé plus d'une fois des choses dans les magasins, à d'autres enfants, à leurs parents ou à quelqu'un d'autre?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

Lesquels _____

2. Avant la fin du secondaire 5, ont-ils souvent été impliqué dans des bagarres qu'ils avaient commencées?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

Lesquels _____

3. Avant la fin du secondaire 5, ont-ils déjà été impliqué avec la police, arrêté par la police ou impliqué avec la DPJ (Direction de la Protection de la Jeunesse) à cause de leur mauvaise conduite?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

Lesquels _____

4. Avant la fin du secondaire 5, ont-ils déjà été renvoyé ou suspendu de l'école?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

Lesquels _____

5. Après avoir quitté l'école ou fini leurs études, ont-ils été congédié de leur travail plus d'une fois?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

Lesquels _____

6. Après avoir quitté l'école ou fini leurs études, ont-ils déjà été arrêté pour des infractions autres que celles au code de la route?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

Lesquels _____

7. Après avoir quitté l'école ou fini leurs études, ont-ils plus d'une fois été impliqué dans des bagarres, ont-ils attaqué ou blessé quelqu'un, incluant vous-même?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

Lesquels _____

8. Après avoir quitté l'école ou fini leurs études, ont-ils déjà été dans le trouble à leur travail, avec la police ou avec leur famille, ou ont-ils eu un accident de la route à cause de drogues ou d'alcool?

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____

Lesquels _____

INFORMATIONS SUR LA SANTÉ GÉNÉRALE

EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE (ENFANT, PARENTÉ, CONJOINT...) SOUFFREZ D'UN HANDICAP PHYSIQUE (INFIRMITÉ, PARALYSIE...)

Oui _____ Non _____

Si oui, quel handicap

Qui en souffre

EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE (ENFANT, PARENTÉ, CONJOINT...) SOUFFREZ D'UNE MALADIE PHYSIQUE CHRONIQUE ?

Oui _____ Non _____

Si oui, quelle maladie

Qui en souffre

EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE (ENFANT, PARENTÉ, CONJOINT...) A DÉJÀ ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉ COMME SOUFFRANT D'UN TROUBLE PSYCHIATRIQUE OU ÉMOTIONNEL ?

Oui _____ Non _____

Si oui, quel trouble

Qui en souffre

EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE (ENFANT, PARENTÉ, CONJOINT...) A DÉJÀ CONSULTÉ UN PROFESSIONNEL EN SANTÉ MENTALE (PSYCHIATRE, PSYCHOLOGUE, TRAVAILLEUR SOCIAL ...) ?

Oui _____ Non _____

Si oui, qui a déjà consulté

Quel type de professionnel

Pour quelle raison

**A QUELLE FRÉQUENCE DEPUIS LES 12 DERNIERS MOIS VOTRE ENFANTS
A-T'IL BÉNÉFICIÉ DES SERVICES PROFESSIONNELS SUIVANTS :**

	Jamais	Rare	Occasionnel	Régulier
Neurologue	_____	_____	_____	_____
Orthopédaogogue	_____	_____	_____	_____
Psychiatre	_____	_____	_____	_____
Psychologue	_____	_____	_____	_____
Travailleur social	_____	_____	_____	_____
Médecin	_____	_____	_____	_____
Dentiste	_____	_____	_____	_____

**EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE (ENFANT,
PARENTÉ, CONJOINT...) S'EST DÉJÀ SUICIDÉ OU A TENTÉ DE SE SUICIDER ?**

Oui _____ Non _____

Si oui, qui _____

Méthode utilisée _____

EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE (ENFANT, PARENTÉ, CONJOINT...) A DES PROBLÈMES DE CONSOMMATION (DROGUES, ALCOOL, MÉDICAMENTS...)?

Oui _____ Non _____

Si oui, qui _____

Quelle(s) substance(s) _____

EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE (ENFANT, PARENTÉ, CONJOINT...) A DÉJÀ ÉTÉ ARRETÉ PAR LA POLICE ?

Oui _____ Non _____

Si oui, qui _____

Pour quelle raison

Habitudes de consommation

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, COMBIEN DE FOIS AVEZ VOUS :

	Jamais	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40+
1. Fumé des cigarettes	1	2	3	4	5	6	7
2. Consommé des boissons alcoolisées (y compris bière, vin et « fort »)	1	2	3	4	5	6	7
3. Consommé de la marijuana ou du haschich (« pot »)	1	2	3	4	5	6	7
4. Consommé des drogues dures (autres drogues que marijuana)	1	2	3	4	5	6	7

5. Si vous avez consommé des drogues dures (autres drogues que la marijuana), identifiez ces drogues dans les catégories ci-dessous :

- _____ Psychédéliques [LSD (acide), mescaline, peyotl, PCP, champignons, etc.]
- _____ Cocaine [“Coke”, crack]
- _____ Amphétamines [stimulants, speed, “bennies”, excluant les pilules pour les diètes]
- _____ Barbituriques [« downers », pilules pour dormir ou somnifères, séconal, quaaludes]
- _____ Tranquillisants, pilules pour les nerfs [Librium, Valium]
- _____ Héroïne [« smack », « horse », « skag »]
- _____ Autres narcotiques [méthadone, opium, morphine, codeine, démérol]
- _____ Inhalants [colle, bombe aérosol, gaz, correcteur liquide (liquid paper)]

Informations sur les contacts sociaux et le réseau social

À QUELLE FRÉQUENCE VOYEZ VOUS LES PERSONNES SUIVANTES :

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Régulièrement
Parents	_____	_____	_____	_____
Grand-parents	_____	_____	_____	_____
Fratrie	_____	_____	_____	_____
Parenté éloignée (cousin, oncles, etc.)	_____	_____	_____	_____
Amis	_____	_____	_____	_____
Autres	_____	_____	_____	_____
Précisez	_____			

IDENTIFIEZ LES PERSONNES QUI SONT LES PLUS IMPORTANTES POUR
VOUS OU DONT VOUS VOUS SENTEZ LE PLUS PROCHE À L'HEURE
ACTUELLE :

SOCIO-DEMOGRAPHIC QUESTIONNAIREDate of visit _____ / _____ / _____
(year) (month) (day)Participant information

NAME _____

DATE OF BIRTH _____ / _____ / _____ AGE _____
(year) (month) (day)

PLACE OF BIRTH _____

ETHNIC BACKGROUND _____

CIVIL STATUS 1. Single 2. Married 3. Separated, divorced 4. Remarried
 5. Common Law Union 6. WidowedCURRENT ADDRESS

PLACE OF RESIDENCE _____

POSTAL CODE _____

PHONE () _____

CURRENT LIVING ARRANGEMENT

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. Family of origin | 7. Apartment with roomates |
| 2. Adoptive family | 8. Room |
| 3. Relatives | 9. Youth Center |
| 4. Foster family | 10. Group home |
| 5. Apartment with spouse (boyfriend, etc.) | 11. Friend's place |
| 6. Apartment alone | 12. other |
- _____

EDUCATION

- | | | |
|-------------------|------------------|-----------------------|
| 1. Primary school | 4. High school 3 | 7. CEGEP |
| 2. High school 1 | 5. High school 4 | 8. College/University |
| 3. High school 2 | 6. High school 5 | |

ARE YOU CURRENTLY A STUDENT ? Yes _____ No _____

ORIGIN OF CURRENT REVENUE

- | | |
|--|---------------------------|
| 1. Work (specify _____) | 5. Family, spouse |
| 2. Welfare (Social Assistance) | 6. Others (specify _____) |
| 3. Unemployment benefits | |
| 4. Government financial aid for students | |

NUMBER OF CHILDREN BORN FROM YOU _____

NUMBER OF CHILDREN LIVING WITH YOU _____

IF YOU HAVE CHILDREN WHO ARE NOT CURRENTLY LIVING WITH YOU,
WHAT IS THEIR PLACE OF RESIDENCE ?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. With the natural father | 5. Youth Center |
| 2. With foster parents | 6. Adoptive parents |
| 3. With grand-parents | 7. Deceased |
| 4. With other relatives (specify _____) | 8. Other (specify _____) |

ARE YOU USING CONTRACEPTIVES ?

- | | | |
|-------------------|----------------------|----------|
| 1. Yes, regularly | 2. Yes, occasionally | 3. Never |
|-------------------|----------------------|----------|

IF SO, WHICH ONES ?

- | | |
|--|--|
| 1. Pill | 7. Diaphragm |
| 2. Cervical Cap | 8. Contraceptive Sponge |
| 3. Condom | 9. Rhythm, Calendar |
| 4. Sterilization | 10. Estimation of fertility period
(calendar) |
| 5. Emergency Pill (Morning after pill) | 11. Other (specify _____) |
| 6. Vaginal Ring | |

Information about your spouse

AGE _____ IS HE LIVING WITH YOU ? Yes _____ No _____

CIVIL STATUS

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. Single | 4. Divorced or separated |
| 2. Married with you | 5. Widowed |
| 3. Married with other | |

OCCUPATION

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. Work (specify _____) | 4. Welfare recipient |
| 2. Retired or invalid | 5. Other (specify _____) |
| 3. Unemployed | |

IF NOT CURRENTLY WORKING, WHAT WAS HIS LAST EMPLOYMENT ?

IS YOUR SPOUSE THE FATHER OF YOUR CHILDREN ?

Yes _____ No _____

IF NOT, DO YOU KNOW WHO THE NATURAL FATHER IS ?

Yes _____ No _____

AGE OF THE NATURAL FATHER _____

WHAT IS YOUR ESTIMATION OF THE NUMBER OF PARTNERS YOU HAD IN THE LAST 5 YEARS ?

WHAT IS THE DURATION OF THE LONGEST RELATIONSHIP YOU HAD ?

HOW OFTEN DOES THE NATURAL FATHER SEES HIS CHILDREN ?

1. Never
2. Rarely (few times a year)
3. Occasionnally (few times a month)
4. Regularly (few times a week)
5. Lives with child

HOW WOULD YOU DESCRIBE THE RELATIONSHIP BETWEEN THE NATURAL FATHER AND HIS CHILDREN ?

1. Poor
2. Fair
3. Good
4. Very good
5. No relation

REGARDING THE NATURAL FATHER OF YOUR CHILDREN

1. Before the end of high school (secondary 5), did he more than once swipe things from stores or from other children, or steal from his parents or from anyone else?

Yes _____ No _____ Don't know _____

2. Before the end of high school (secondary 5), did he often get into fights that he had started?

Yes _____ No _____ Don't know _____

3. Before the end of high school (secondary 5), has he ever been in trouble with the police, been arrested or involved with Social Services (DYP-Youth Protection) because of his misbehavior?

Yes _____ No _____ Don't know _____

4. Before the end of high school (secondary 5), has he ever been expelled or suspended from school?

Yes _____ No _____ Don't know _____

5. Since leaving or finishing school, has he been fired from more than one job?

Yes _____ No _____ Don't know _____

6. Since leaving or finishing school, has he ever been arrested for anything other than traffic violations?

Yes _____ No _____ Don't know _____

7. Since leaving or finishing school, has he more than once gotten into fights, assaulted or physically hurt anyone, including yourself?

Yes _____ No _____ Don't know _____

8. Since leaving or finishing school, has he ever been in trouble at work, with the police or with his family, or had a car accident because of drugs or alcohol?

Yes _____ No _____ Don't know _____

REGARDING YOUR PARTNERS (for the last 5 years)

1. Before the end of high school (secondary 5), have they more than once swiped things from stores or from other children, or steal from their parents or from anyone else?

Yes _____ No _____ Don't know _____

Which partner ? _____

2. Before the end of high school (secondary 5), did they often get into fights that they had started?

Yes _____ No _____ Don't know _____

Which partner ? _____

3. Before the end of high school (secondary 5), have they ever been in trouble with the police, been arrested or involved with Social Services (DYP-Youth Protection) because of their misbehavior?

Yes _____ No _____ Don't know _____

Which partner ? _____

4. Before the end of high school (secondary 5), have they ever been expelled or suspended from school?

Yes _____ No _____ Don't know _____

Which partner ? _____

5. Since leaving or finishing school, have they been fired from more than one job?

Yes _____ No _____ Don't know _____

Which partner ? _____

6. Since leaving or finishing school, have they ever been arrested for anything other than traffic violations?

Yes _____ No _____ Don't know _____

Which partner ? _____

7. Since leaving or finishing school, have they more than once gotten into fights, assaulted or physically hurt anyone, including yourself?

Yes _____ No _____ Don't know _____

Which partner ? _____

8. Since leaving or finishing school, have they ever been in trouble at work, with the police or with their family, or had a car accident because of drugs or alcohol?

Yes _____ No _____ Don't know _____

Which partner ? _____

General health information

DO YOU OR SOMEONE FROM YOUR FAMILY (CHILD, PARENTS, PARTNER, RELATIVES) SUFFER FROM A PHYSICAL HANDICAP (e.g., PARALYSIS) ?

Yes _____ No _____

If yes, what handicap

Who suffers from it

DO YOU OR SOMEONE FROM YOUR FAMILY (CHILD, PARENTS, PARTNER, RELATIVES) SUFFER FROM A CHRONIC ILLNESS ?

Yes _____ No _____

Who suffers from it

HAVE YOU OR SOMEONE FROM YOUR FAMILY (CHILD, PARENTS, PARTNER, RELATIVES) EVER BEEN DIAGNOSED WITH A PSYCHIATRIC OR EMOTIONAL DISORDER ?

Yes _____ No _____

Who has been diagnosed

HAVE YOU OR SOMEONE FROM YOUR FAMILY (CHILD, PARENTS, PARTNER, RELATIVES) EVER CONSULTED A MENTAL HEALTH PROFESSIONAL (e.g., PSYCHIATRIST, PSYCHOLOGIST, SOCIAL WORKER...)?

Yes _____ No _____

Who has consulted

HOW OFTEN IN THE LAST 12 MONTHS HAS YOUR CHILD SEEN THE FOLLOWING SPECIALISTS

	Never	Rare	Occasionally	Regularly
Neurologist	_____	_____	_____	_____
Learning specialist	_____	_____	_____	_____
Psychiatrist	_____	_____	_____	_____
Psychologist	_____	_____	_____	_____
Social Worker	_____	_____	_____	_____
Family Doctor	_____	_____	_____	_____
Dentist	_____	_____	_____	_____

HAVE YOU OR SOMEONE FROM YOUR FAMILY (CHILD, PARENTS, PARTNER, RELATIVES) EVER TRIED TO KILL YOURSELF (Successfully or not) ?

Yes _____ No _____

Who did

DO YOU OR SOMEONE FROM YOUR FAMILY (CHILD, PARENTS, PARTNER, RELATIVES) HAVE SUBSTANCE ABUSE PROBLEMS (ALCOHOL, DRUGS, MEDICATION...)?

Yes _____ No _____

Who has

HAVE YOU OR SOMEONE FROM YOUR FAMILY (CHILD, PARENTS, PARTNER, RELATIVES) EVER BEEN ARRESTED ?

Yes _____ No _____

Who has

Substance use

DURING THE LAST 12 MONTHS, HOW MANY TIMES HAVE YOU...

	Never	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40+
1. Smoked cigarettes	1	2	3	4	5	6	7
2. Drank alcohol (e.g., beer, wine, liquor)	1	2	3	4	5	6	7
3. Smoked or eaten marijuana or haschish ("pot")	1	2	3	4	5	6	7
4. Taken other drugs	1	2	3	4	5	6	7

5. If you have taken other drugs than marijuana or haschish, please identify them in the following categories :

- _____ Psychedelics [LSD (acid), mescaline, peyotl, PCP, mushrooms, etc.]
- _____ Cocaine ["Coke", crack]
- _____ Amphetamin [stimulants, speed, "bennies", excluding diet pills]

- _____ Barbiturates ["downers", sleeping pills, Seconal, Quaalude]
- _____ Tranquilizers [Librium, Valium]
- _____ Heroin ["smack", "horse", "skag"]
- _____ Other narcotics [methadon, opium, morphine, codein, demerol]
- _____ Inhalants [glue, liquid paper, spray, gas]

Information on social network

HOW OFTEN DO YOU SEE THE FOLLOWING PERSONS...

	Never	Rarely	Occasionnally	Regularly
1. Parents	_____	_____	_____	_____
2. Grandparents	_____	_____	_____	_____
3. Siblings	_____	_____	_____	_____
4. Relatives (cousins, uncles, etc.)	_____	_____	_____	_____
5. Friends	_____	_____	_____	_____
6. Others	_____	_____	_____	_____

Specify _____

IDENTIFY THE PEOPLE WHO FEEL THE CLOSEST TO OR WHO ARE THE MOST IMPORTANT IN YOUR LIFE

APPENDICE C

Questionnaire ELDEQ (mères)

Indiquez si les phrases suivantes s'appliquent à vous :

1. Avant la fin du secondaire 5, avez-vous piqué ou volé plus d'une fois des choses dans les magasins, à d'autres enfants, à vos parents ou à quelqu'un d'autre ?

Oui _____ Non _____

2. Avant la fin du secondaire 5, avez-vous été souvent impliqué dans des bagarres que vous aviez commencées ?

Oui _____ Non _____

3. Avant la fin du secondaire 5, avez-vous déjà été impliqué avec la police, arrêté par la police ou impliqué avec la DPJ (Direction de la Protection de la Jeunesse) à cause de votre mauvaise conduite ?

Oui _____ Non _____

4. Avant la fin du secondaire 5, avez-vous déjà été renvoyé ou suspendu de l'école ?

Oui _____ Non _____

5. Après avoir quitté l'école ou fini vos études, avez-vous été congédié de votre travail plus d'une fois ?

Oui _____ Non _____

6. Après avoir quitté l'école ou fini vos études, avez-vous déjà été arrêté pour des infractions autres que celles au code de la route ?

Oui _____ Non _____

7. Après avoir quitté l'école ou fini vos études, avez-vous plus d'une fois été impliqué dans des bagarres, avez-vous attaqué ou blessé quelqu'un ?

Oui _____ Non _____

8. Après avoir quitté l'école ou fini vos études, avez-vous déjà été dans le trouble à votre travail, avec la police, avec votre famille, ou avez-vous eu un accident de la route à cause de drogues ou alcool ?

Oui _____ Non _____

APPENDICE D

Antisocial Process Screening Device

APSD

Instructions : Veuillez lire chaque phrase et, pour chacune d'entre elles, marquer comment elle vous décrit *telle que vous étiez dans votre enfance ou votre adolescence* sur l'échelle de 0 à 2. Essayez de ne pas oublier de phrase.

	<i>Pas vrai</i>	<i>Parfois ou Un peu vrai</i>	<i>Souvent ou Toujours vrai</i>
Dans votre enfance ou votre adolescence...			
1. Vous blâmiez les autres pour vos erreurs.	0	1	2
2. Vous commettiez des actes illégaux.	0	1	2
3. Votre performance à l'école ou au travail était importante pour vous.	0	1	2
4. Vous agissiez sans vous préoccuper des conséquences.	0	1	2
5. Vos émotions étaient peu profondes et superficielles.	0	1	2
6. Vous mentiez facilement et avec aisance.	0	1	2
7. Vous saviez tenir vos promesses.	0	1	2
8. Vous vous vantiez souvent de vos habiletés, performances ou possessions.	0	1	2
9. Vous vous ennuyiez facilement	0	1	2
10. Vous manipuliez les autres pour obtenir ce que vous vouliez.	0	1	2

11. Vous vous moquiez des autres.	0	1	2
12. Vous vous sentiez coupable lorsque vous aviez fait quelque chose de mal.	0	1	2
13. Vous faisiez des choses risquées ou dangereuses.	0	1	2
14. Vous preniez une attitude charmeuse pour avoir ce que vous vouliez.	0	1	2
15. Vous vous fâchiez quant on vous corrigeait ou on vous punissait.	0	1	2
16. Vous croyiez être meilleur ou plus important que les autres.	0	1	2
17. Vous ne planifiez pas ou étiez toujours « à la dernière minute ».	0	1	2
18. Les sentiments des autres étaient importants pour vous.	0	1	2
19. Vous cachez vos sentiments aux autres autour de vous.	0	1	2
20. Vous gardiez longtemps les mêmes amis.	0	1	2

APSD

Instructions : Please read each statement and decide how well it describes you *as you were in your adolescence and childhood*. Mark your answer by circling the appropriate number (0-2) for each statement. Do not leave any statement unrated.

	Not at all true	Sometimes true	Definitely true
In your childhood and adolescence...			
1. You blamed others for your mistakes.	0	1	2
2. You engaged in illegal activities.	0	1	2
3. You cared about how well you did at school / work.	0	1	2
4. You acted without thinking of the consequences.	0	1	2
5. Your emotions were shallow and "fake".	0	1	2
6. You lied easily and skillfully.	0	1	2
7. You were good at keeping promises.	0	1	2
8. You bragged a lot about your abilities, accomplishments, or possessions.	0	1	2

9. You got bored easily.	0	1	2
10. You used or "conned" other people to get what you wanted.	0	1	2
11. You teased or made fun of other people.	0	1	2
12. You felt bad or guilty when you did something wrong.	0	1	2
13. You did risky or dangerous things.	0	1	2
14. You acted charming and nice to get what you wanted.	0	1	2
15. You got angry when corrected or punished.	0	1	2
16. You thought you were better or more important than other people.	0	1	2
17. You did not plan ahead or you left things until the last minute.	0	1	2
18. You were concerned about the feelings of	0	1	2

others.

19. You hid your feelings or emotions from others.	0	1	2
--	---	---	---

20. You tended to keep the same friends.	0	1	2
--	---	---	---

APPENDICE E

Questionnaire sur les comportements de l'enfant

Questionnaire sur l'enfant

Instructions : Pour chacune des questions, veuillez s'il-vous-plaît encrer le chiffre qui correspond le mieux à votre enfant. Utilisez l'échelle fournie pour vos réponses :

	Jamais vrai	Rarement vrai	Quelquefois vrai	Généralement vrai	Presque toujours vrai
1. Quant votre enfant est agacé ou menacé, il se fâche facilement et réplique de façon agressive.	1	2	3	4	5
2. Votre enfant dit toujours que c'est la faute des autres lorsqu'il est impliqué dans une bataille et pense que ce sont eux qui ont commencé.	1	2	3	4	5
3. Lorsqu'un pair fait mal accidentellement à votre enfant (ex. : en l'accrochant par erreur), il réagit de manière excessive en manifestant de la colère et en voulant se battre.	1	2	3	4	5

4. Votre enfant encourage les autres enfants à s'en prendre à un enfant qu'il n'aime pas.

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

5. Votre enfant menace ou malmène les autres enfants afin d'obtenir ce qu'il veut.

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

6. Votre enfant oblige (force) les autres enfants à faire des choses pour lui

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

	Jamais ou rarement vrai	Assez ou quelquefois vrai	Souvent ou toujours vrai
1. Argumente beaucoup	0	1	2
2. Se vante ou exagère	0	1	2
3. Est cruel, brutal, menace ou intimide les autres.	0	1	2
4. Demande beaucoup d'attention	0	1	2
5. Détruit ses affaires	0	1	2
6. Détruit des choses appartenant à sa famille ou aux autres enfants.	0	1	2
7. Est désobéissant à la maison.	0	1	2

8. Est désobéissant à l'école.	0	1	2
9. Est facilement jaloux.	0	1	2
10. Se bataille avec les autres.	0	1	2
11. Agresse physiquement les gens.	0	1	2
12. Crie beaucoup.	0	1	2
13. Fait le bouffon.	0	1	2
14. Est entêté, taciturne, irritable.	0	1	2
15. Change d'humeur ou de sentiments subitement.	0	1	2
16. Parle beaucoup trop.	0	1	2
17. Taquine souvent.	0	1	2
18. Fait des crises de colère.	0	1	2
19. Menace les gens.	0	1	2
20. Est particulièrement bruyant.	0	1	2

Parents Checklist

Instructions : For each question, please circle the number which best describes as you see your child. Please use the scale provided for this purpose.

	Never true	Rarely true	Sometimes true	Usually true	Almost always true
1. When teased, your child strikes back.	1	2	3	4	5
2. Your child blames others in fights.	1	2	3	4	5
3. Your child overreacts angrily to accidents.	1	2	3	4	5
4. Your child gets others to gang up on a peer	1	2	3	4	5
5. Your child uses physical force to dominate	1	2	3	4	5
6. Your child threatens and bullies others	1	2	3	4	5

	Not true	Somewhat / Sometimes true	Very / Often true
1. Argues a lot	0	1	2
2. Bragging, boasting	0	1	2
3. Cruelty, bullying or meanness to others.	0	1	2
4. Demands a lot of attention.	0	1	2

5. Destroys his/her own things.	0	1	2
6. Destroys things belonging to his/her family or others.	0	1	2
7. Disobedient at home	0	1	2
8. Disobedient at school	0	1	2
9. Easily jealous	0	1	2
10. Gets in many fights	0	1	2
11. Physically attacks people	0	1	2
12. Screams a lot.	0	1	2
13. Showing off or clowning	0	1	2
14. Stubborn, sullen or irritable.	0	1	2
15. Sudden changes in mood or feelings.	0	1	2
16. Talks too much	0	1	2
17. Teases a lot	0	1	2
18. Temper tantrums or hot temper.	0	1	2
19. Threatens people.	0	1	2
20. Unusually loud.	0	1	2