

LE FONCTIONNEMENT RÉFLEXIF MATERNEL ET LES SYMPTÔMES INTÉRIORISÉS ET EXTÉRIORISÉS D'ENFANTS VICTIMES D'UNE AGRESSION SEXUELLE
MATERNAL REFLECTIVE FUNCTIONING AND CHILD INTERNALISING AND EXTERNALISING DIFFICULTIES IN THE CONTEXT OF CHILD SEXUAL ABUSE

Karin Ensink, Michaël Bégin, Lina Normandin, Marko Biberdzic, Geneviève Vohl et Peter Fonagy

Volume 37, numéro 3, 2016

LA MENTALISATION : AU COEUR DE LA PRATIQUE CLINIQUE ET DE LA SANTÉ MENTALE
MENTALIZATION: A CENTRAL CONCEPT IN CLINICAL PRACTICE AND MENTAL HEALTH

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1040163ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1040163ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., Biberdzic, M., Vohl, G. & Fonagy, P. (2016). LE FONCTIONNEMENT RÉFLEXIF MATERNEL ET LES SYMPTÔMES INTÉRIORISÉS ET EXTÉRIORISÉS D'ENFANTS VICTIMES D'UNE AGRESSION SEXUELLE. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 117–133. <https://doi.org/10.7202/1040163ar>

Résumé de l'article

Cette étude avait pour objectifs d'évaluer les liens entre les agressions sexuelles en enfance (ASE), le fonctionnement réflexif maternel (FRM) et les difficultés psychosociales chez les enfants ainsi que le rôle modérateur du FRM dans la relation entre l'ASE et les difficultés chez les enfants. L'échantillon incluait 154 mères, dont 64 mères d'un enfant ayant vécu une ASE. Le *Parent Development Interview-Revised* et le *Child Behavior Checklist* ont permis de mesurer le FRM et les difficultés psychosociales respectivement. Une analyse acheminatoire montre que seul le FRM était significativement associé aux comportements intériorisés et extériorisés, et qu'il jouait un rôle modérateur dans la relation entre l'ASE et les difficultés intériorisées, suggérant un effet protecteur du FRM suite à une ASE.

LE FONCTIONNEMENT RÉFLEXIF MATERNEL ET LES SYMPTÔMES INTÉRIORISÉS ET EXTÉRIORISÉS D'ENFANTS VICTIMES D'UNE AGRESSION SEXUELLE

**MATERNAL REFLECTIVE FUNCTIONING AND CHILD INTERNALISING AND
EXTERNALISING DIFFICULTIES IN THE CONTEXT OF CHILD SEXUAL ABUSE**

Karin Ensink¹
Université Laval

Michaël Bégin
Université Laval

Lina Normandin
Université Laval

Marko Biberdzic
Université Laval

Geneviève Vohl
Université Laval

Peter Fonagy
University College London

Les agressions sexuelles en enfance (ASE) sont un facteur de risque bien connu qui est associé au développement de différents problèmes de santé physique et mentale à court et à long terme et qui a des impacts sur un vaste répertoire de domaines biopsychosociaux (Briere & Elliott, 2003; Maniglio, 2009; Trickett, Noll, & Putnam, 2011). Près de 60 % des enfants abusés sexuellement présenteraient des symptômes modérés de psychopathologies variées (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Maniglio, 2009; Putnam, 2003) et au-dessus d'un tiers manifesteraient des symptômes dépressifs cliniquement significatifs (Mathews, Abrahams, & Jewkes, 2013; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001) ainsi que des problèmes comportementaux extériorisés (Collin-Vézina, Daigneault, & Hébert, 2013). Ce risque élevé de développer divers problèmes psychologiques peut être expliqué notamment par le fait que les ASE minent les capacités de régulation émotionnelle en raison de leur contribution à la dérégulation de l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien (HPA) (Kuhlman, Geiss, Vargas, & Lopez-Duran, 2015) et peuvent avoir des impacts néfastes sur le plan neurobiologique (Nemeroff, 2004; Pechtel & Pizzagalli, 2013). À un autre niveau, l'ASE peut compromettre l'estime et l'expérience de soi et miner la confiance de base dans l'autre avec pour conséquences néfastes d'interférer sur le développement des relations sociales et interpersonnelles ainsi qu'à augmenter le risque de revictimisation (Hébert, Cénat, Blais, Lavoie, & Guerrier, 2016). Considérant que 20 % des filles de moins de 18 ans et 5 % des garçons du même âge vivent des expériences d'agression sexuelle (Finkelhor, Ormrod, Turner, & Hamby, 2005), il est important d'identifier et de mieux cerner les mécanismes à l'œuvre et les processus de résilience afin de dégager des interventions efficaces auprès de ces jeunes et de leur famille.

1. Adresse de correspondance : École de psychologie, Université Laval, 2325, rue des Bibliothèques, Québec (QC), G1V 0A6. Téléphone : 418-656-2131, poste 12493. Courriel : karin.ensink@psy.ulaval.ca

Les capacités de mentalisation, tant chez les adultes que chez les enfants, sont considérées comme un facteur important de résilience (Fonagy & Bateman, 2016; Stein, 2006) et peuvent promouvoir le soutien parental, ce qui est également considéré comme un important facteur de protection à la suite d'une ASE (Cyr, McDuff, & Hébert, 2013). La mentalisation est un concept ayant été introduit par Fonagy et ses collaborateurs (Fonagy, 1991; Fonagy, Steele, Steele, Moran, & Higgitt, 1991; Fonagy & Target, 1996) au début des années 1990. Depuis, plusieurs recherches sont venues appuyer le rôle qu'elle occupe dans l'attachement (Ensink, Normandin, Plamondon, Berthelot, & Fonagy, 2016; Grienenberger, Kelly, & Slade, 2005) et témoignent d'un rôle important dans le développement de la régulation émotionnelle. Cependant, nous disposons de peu d'appuis empiriques par rapport au rôle que joueraient les capacités de mentalisation des parents dans le développement de la régulation émotionnelle chez les enfants plutôt que chez les nourrissons, plus particulièrement chez les enfants ayant vécu une ASE. En effet, il est possible de penser que la capacité d'un parent à se représenter l'expérience subjective de son enfant sous-tend sa capacité à offrir du soutien et peut être d'autant plus importante à la suite d'un événement traumatique. L'objectif de cette étude est donc de combler les lacunes dans les connaissances actuelles concernant le lien entre la mentalisation parentale et les comportements intériorisés et extériorisés des enfants ayant vécu une ASE.

Le fonctionnement réflexif maternel

Le fonctionnement réflexif (FR) réfère traditionnellement à un type d'activité mentale qui implique de percevoir les intentions ou raisons sous-jacentes aux comportements d'autrui et d'être conscient de nos propres réactions et de leur impact sur les autres (Fonagy & Target, 1997). Ainsi, le FR joue un rôle crucial dans les relations au sein des familles puisqu'il permet de comprendre et de donner un sens aux comportements et réactions émotionnelles des autres (Fonagy & Allison, 2012; Slade, 2006). Le FR est fort possiblement plus important lors de la prise en charge de nourrissons et de jeunes enfants et d'autant plus dans un contexte où l'enfant est victime d'agression sexuelle ou physique. Ces derniers, étant incapables d'articuler leurs émotions et leur détresse, dépendent de l'intérêt du parent envers leur expérience subjective ainsi que de sa capacité à rendre leur comportement significatif à leurs yeux par l'interprétation des états mentaux sous-jacents à un comportement spécifique. Fonagy et Target (1997) perçoivent la manière dont la mère *réfléchit* et *interagit* avec l'enfant comme étant étroitement interreliées, c'est-à-dire comme un intérêt pour la subjectivité de celui-ci qui se manifeste à des plans cognitifs, émotionnels et comportementaux.

Par ailleurs, Fonagy et ses collaborateurs (1991) proposent que les capacités de mentalisation des parents aient des implications sur l'attachement futur de l'enfant par l'entremise de la sensibilité parentale. Des résultats d'études empiriques appuient cette hypothèse en suggérant que le FR des parents, autant à l'égard de leurs relations d'attachement passées que de leurs relations présentes, contribue à une plus grande sensibilité lors d'interactions avec leurs enfants et qu'un meilleur FR est associé à moins de comportements parentaux négatifs (Ensink *et al.*, 2016; Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005; Suchman, DeCoste, Leigh, & Borelli, 2010). Il est également supposé que le FR favorise la sensibilité parentale en permettant au parent d'observer son enfant au-delà de ses comportements pour voir ce qu'il ressent et d'inhiber ses propres réactions négatives en aidant le parent à être conscient de celles-ci et à les réguler, tout en demeurant attentif à l'enfant et à sa responsabilité d'aider l'enfant à se réguler (Bérube-Beaulieu, Ensink, & Normandin, 2016). D'autre part, une association entre le FR parental et le développement du FR chez les enfants (Ensink, Normandin, Target, Fonagy, Sabourin, & Berthelot, 2015) et les adolescents (Benbassat & Priel, 2012) a été démontrée.

Dans le modèle théorique du développement de l'enfant proposé par Fonagy et Target (1996; 1997), le FR parental, c'est-à-dire les capacités de mentalisation du parent et l'intérêt de celui-ci envers la subjectivité et l'esprit de l'enfant, est un facteur clé dans l'établissement de ses propres capacités de régulation émotionnelle, d'organisation de soi et, par le fait même, de développement de ses propres capacités de mentalisation. Selon ce modèle, la prise de conscience d'un individu à l'égard de ses propres états mentaux et de ceux des autres émerge dans le contexte des premières relations d'attachement, à l'intérieur desquelles l'enfant apprend à identifier et à se représenter mentalement ses propres affects et états d'âme. Cette acquisition se ferait plus précisément grâce à l'intérêt du parent envers la subjectivité de l'enfant et grâce aux reflets que le parent propose à l'enfant concernant son état d'esprit et son monde interne. À l'intérieur de ce modèle, la capacité des parents à s'imaginer l'expérience subjective de leur enfant est considérée comme un élément facilitant le développement de la régulation et du contrôle de soi, et ce, par l'entremise de stratégies de déplacement d'attention permettant la régulation de la détresse en même temps que la représentation et la communication des affects (Fonagy, 2004).

Le fonctionnement réflexif maternel et les difficultés intériorisées et extériorisées de l'enfant

Un certain nombre d'études a montré une association entre le FR maternel (FRM) et l'attachement des nourrissons, mais nos connaissances actuelles concernant les implications du FRM sur le fonctionnement des

enfants plus âgés demeurent limitées. Il a notamment été démontré qu'un faible FRM augmente le risque chez le nourrisson de développer un attachement insécuré et désorganisé (Ensink *et al.*, 2016 ; Slade *et al.*, 2005). De plus, de faibles capacités de mentalisation chez les parents en interaction avec leur nourrisson, mesurées à l'aide du construit similaire de « l'orientation mentale maternelle » (*maternal mind-mindedness*) introduit par Meins, Fernyhough, Fradley et Tuckey (2001), ont été associées à un risque plus élevé de développer un trouble des conduites et un trouble d'opposition (Centifanti, Meins, & Fernyhough, 2016; Meins, Centifanti, Fernyhough, & Fishburn, 2013). À ce stade-ci par contre, peu de données empiriques sont disponibles concernant les implications de la conscience mentale parentale sur le développement de difficultés intériorisées chez les enfants ou concernant l'adaptation de ces derniers à la suite d'une expérience traumatique, bien qu'une étude ait précédemment démontré l'importance du FR parental dans la capacité d'adaptation des adolescents (Benbassat & Priel, 2012). Or, la capacité de mentalisation du parent et sa capacité à considérer l'expérience subjective de l'enfant ainsi que ses besoins psychologiques à la suite d'une expérience traumatique pourraient être cruciales au rétablissement de l'enfant, c'est-à-dire à sa capacité à retrouver un sentiment de sécurité et de confiance, à l'atténuation de la réponse physiologique au stress vécu et à la réduction de l'impact négatif de l'ASE en général. En retour, lorsqu'il y a échec de la mentalisation et que les parents sont incapables de prioriser l'expérience de l'enfant, il est possible de s'attendre à ce que la détresse de l'enfant soit accentuée et qu'il présente des difficultés intériorisées et extériorisées plus importantes. Une meilleure compréhension du lien entre le FRM, les difficultés intériorisées et extériorisées ainsi que l'adaptation à la suite d'une expérience traumatique aurait des implications cruciales, notamment en ce qui concerne le type d'intervention à privilégier et le type de thérapie à offrir aux parents ou à leurs enfants dans un tel contexte.

La présente étude

Les objectifs de la présente étude sont, d'une part, d'examiner les liens entre l'ASE, le FRM et les difficultés intériorisées et extériorisées chez les enfants et, d'autre part, d'évaluer le rôle modérateur du FRM dans la relation entre l'ASE et les difficultés psychosociales chez les enfants. En ce qui concerne les hypothèses de recherche, il est attendu que : 1) les ASE seront positivement associées aux difficultés psychosociales des enfants; 2) que les capacités de mentalisation des mères seront négativement associées aux difficultés psychosociales chez l'enfant; et 3) les capacités de mentalisation des mères auront un rôle de modérateur dans le lien entre l'ASE et les difficultés psychosociales chez l'enfant, c'est-à-dire que les enfants ayant vécu une ASE dont la mère possède de meilleures capacités de mentalisation auront moins de difficultés d'adaptation psychosociale que ceux ayant vécu une ASE, mais dont les

capacités de mentalisation de la mère sont plus limitées. Bien qu'il est attendu que les capacités de mentalisation des mères sont importantes pour l'adaptation psychosociale des enfants de façon générale, il est également attendu que les capacités de mentalisation des mères soient particulièrement importantes dans le contexte où l'enfant fait face à une situation traumatique.

MÉTHODOLOGIE

Participants

Cent-cinquante-quatre mères ont participé à cette étude qui s'est déroulée dans une clinique de psychologie universitaire de la région de Québec. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une étude plus large portant sur l'évaluation et les difficultés associées aux ASE chez les enfants. L'échantillon était constitué d'un groupe de 64 mères dont l'enfant (43 filles et 21 garçons) avait vécu une ASE et un groupe de comparaison de 90 mères où aucune histoire d'ASE n'était rapportée par rapport à l'enfant (51 filles et 39 garçons). Les enfants, quant à eux, étaient âgés de 2 à 12 ans et 98 % étaient caucasiens, reflétant la faible diversité ethnique de la région dans laquelle l'étude s'est déroulée.

Procédure

Toutes les participantes ont été rencontrées dans une clinique de psychologie universitaire de la ville de Québec. Les participantes du groupe ASE étaient référées à l'étude par des médecins à la suite de visites médicales concernant une ASE chez leur enfant ou des soupçons d'ASE, par des intervenants en protection de la jeunesse chargés d'évaluer les dossiers des enfants où il y avait une situation d'ASE ou par des professionnels de la santé mentale de la communauté. Les participantes du groupe de comparaison, quant à eux, ont été recrutées à partir d'affiches placées dans des cliniques médicales ou des services communautaires. Les participants du groupe de comparaison ont été sélectionnés selon l'âge et le genre de l'enfant et les caractéristiques sociodémographiques de la mère afin d'être appariés au groupe d'enfants ASE. Cette méthode s'est avérée efficace bien que le niveau d'éducation des mères différait de façon significative entre les groupes d'enfants ayant ou non vécu une ASE. Cette variable a été considérée en tant que covariable dans le modèle final.

Une fois à la clinique de psychologie universitaire, les participantes rencontraient un membre de l'équipe de recherche et les objectifs, la procédure, les avantages et les inconvénients de leur participation étaient expliqués. Les participants pouvaient alors consentir de manière libre et éclairée. Les participantes étaient ensuite invitées à réaliser différentes

tâches, entrevues et questionnaires, dont les mesures utilisées dans la présente étude. La prise de mesure pouvait s'étirer sur quelques rencontres, à la convenance des participantes. Une fois l'évaluation et les mesures complétées, certains enfants ayant vécu une ASE et leur mère ont reçu des services psychothérapeutiques selon leur demande et leurs besoins respectifs. Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique à la recherche de l'Université Laval (CÉRUL).

Mesures

Agressions sexuelles en enfance (ASE)

Afin de déterminer si les enfants participant à l'étude avaient vécu une ASE, des informations ont été collectées auprès des Services de police ou d'enquête, des services médicaux ainsi que des Services de la protection de la jeunesse. Ces informations permettaient de vérifier si les allégations étaient jugées comme étant fondées. Les participants n'ayant pas vécu une ASE étaient alors affectés au groupe de comparaison.

CBCL-Version Parent

Les difficultés comportementales intériorisées et extériorisées des enfants ont été évaluées à partir du *CBCL 2-3 ans et 4-18 ans (The Child Behavior Checklist-Parent report; Achenbach, 1991)*. Le *CBCL* est un questionnaire se basant sur le rapport du parent et contenant 118 items. Il a été développé pour évaluer un grand éventail de difficultés intériorisées et extériorisées qui sont survenues au cours des six derniers mois en utilisant une échelle en trois points (0 = absent, 1 = parfois présent, 2 = souvent présent). Les scores bruts ont par la suite été transformés en scores T standardisés (Achenbach, 1991). Le *CBCL* (version parent) est largement utilisé et présente de bonnes propriétés psychométriques dans plusieurs études (Achenbach & Rescorla, 2001). Les coefficients de fidélité test-retest sont considérés bons avec une moyenne de corrélation de .85 entre les différentes passations. La consistance interne évaluée à l'aide d'alphas de Cronbach est satisfaisante dans la présente étude (α varient entre .87 et .92).

L'Entrevue du parent sur le développement

L'Entrevue du parent sur le développement a servi à déterminer les capacités de mentalisation du parent et correspond à la version française du *Parent Development Interview-Revised (PDI-R; Slade, Aber, Bresgi, Berger, & Kaplan, 2004)*. L'entrevue *PDI-R* contient 45 questions et se réalise en environ 90 minutes. Il s'agit d'une entrevue semi-structurée permettant d'avoir accès aux représentations qu'entretiennent les parents par rapport à leur enfant, puis d'eux-mêmes en tant que parent et finalement de leur relation avec l'enfant. Dans le cadre du présent projet

de recherche, le PDI-R a été réalisé auprès de la mère et il a été codifié à l'aide du *Parental Reflective Functioning Scoring Manual* (Slade *et al.*, 2004). Des exemples de questions adressées à la mère sont : « Pouvez-vous décrire (nom de l'enfant)? » ; « Pouvez-vous me décrire une situation où il/elle était en détresse? » ; « Décrivez un moment où vous êtes devenue très en colère envers (nom de l'enfant) » ; « Quel effet cela a-t-il eu sur lui/elle? » Une question plus spécifique sur l'ASE vécue par leur enfant était ajoutée à la fin de l'entrevue, mais n'a pas été prise en compte dans le calcul du score final afin d'avoir une mesure équivalente entre les deux groupes. Les réponses données par la mère sont cotées par rapport à la qualité de la réflexion faite par celle-ci. L'échelle de cotation varie entre : 9 = FR exceptionnel ; 7 = FR marqué ; 5 = FR normal/solide ; 4 = FR incomplet ; 3 = FR faible ; 1 = absence de FR ; 0 = la mère ne peut répondre, mais ne cherche pas à fuir la réflexion ; -1 = la mère refuse de réfléchir ou donne une réponse bizarre. Une cote de 4 et plus indique la présence de capacités de mentalisation, même si la réponse est incomplète ou peu élaborée, alors qu'un 5 indique la présence de bonnes capacités de mentalisation. Ce dernier score représente également la moyenne généralement retrouvée dans les populations à faible risque ou plus favorisées (Slade *et al.*, 2005). Tous les protocoles d'entrevue ont été cotés à l'aveugle par deux des auteurs de la présente étude qui avaient été formés à la cotation du FR. Les coefficients d'accord interjuges ont été calculés sur 20 % des protocoles et sont considérés satisfaisants (corrélations interclasses des différentes situations varient de .67 à .98 et se situe à .73 pour le score global de FRM).

Analyses statistiques

Afin de vérifier l'effet des caractéristiques de l'ASE et du genre sur les difficultés intériorisées et extériorisées des enfants, des tests *t* comparant les enfants ayant vécu une ASE intrafamiliale et ceux ayant vécu une ASE extrafamiliale ont été effectués de façon préliminaire tout comme un test *t* comparant les niveaux de comportements intériorisés et extériorisés selon le genre. Puis, pour vérifier les liens entre l'ASE, le FRM, les difficultés intériorisées et extériorisées en enfance et l'éducation des mères, une analyse corrélacionnelle a été effectuée. Par la suite, une analyse acheminatoire a été effectuée à l'aide du logiciel Mplus 7.12 (Muthén & Muthén, 1998-2012) dans le but d'évaluer les contributions relatives de l'ASE et du FRM dans la prédiction des comportements intériorisés et extériorisés en enfance, mais également pour évaluer le rôle modérateur du FRM dans un contexte d'ASE. Afin de tester l'ajustement du modèle, plusieurs indices d'ajustement ont été utilisés, soit le test du chi-carré, le *Comparative Fit Index (CFI)*, le *Tucker-Lewis Index (TLI)*, le *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)* et le *Standardised Root Mean Square Residuals (SRMR)*. Les lignes directrices actuelles proposent qu'un test du chi-carré non significatif avec un rapport χ^2/df plus petit que 3

(Ullman, 2001), qu'un *CFI* et un *TLI* au-dessus de .95 (Hoyle, 1995) et qu'un *RMSEA* et un *SRMR* plus bas que .05 (Browne & Cudeck, 1992) indiquent un excellent ajustement du modèle. Enfin, il s'agit d'une analyse robuste aux données manquantes, données qui sont traitées selon une méthode basée sur un maximum de vraisemblance (*Full Information Maximum Likelihood*; *FIML*). En raison des associations entre le niveau d'éducation des mères avec le FRM et les difficultés intériorisées et extériorisées des enfants, le niveau d'éducation a été utilisé en tant que covariable dans le modèle. En raison de sa forte association avec d'autres facteurs socio-économiques, et afin d'éviter les problèmes de multicolinéarité, cette variable est la seule caractéristique sociodémographique à avoir été conservée pour les analyses subséquentes comme elle est plus fortement associée aux autres variables à l'étude.

RÉSULTATS

Analyses préliminaires

D'abord, les résultats des tests *t* préliminaires ne montrent aucun effet de la relation avec l'agresseur ni du genre sur les difficultés intériorisées et extériorisées présentées par les enfants. Les résultats complets sont présentés dans le Tableau 1. Afin d'examiner les liens entre l'ASE, le FRM, les comportements intériorisés et extériorisés et l'éducation des mères, une analyse corrélacionnelle a été effectuée. Les résultats sont présentés dans le Tableau 2. Cette analyse corrélacionnelle permet de vérifier les liens entre les variables pour s'assurer de la faisabilité du modèle final. Les résultats montrent qu'une ASE est associée à un plus faible FRM, un niveau d'éducation des mères moins élevé et plus de comportements intériorisés et extériorisés chez les enfants. De plus, un plus faible FRM est associé à des niveaux plus élevés de comportements intériorisés et extériorisés ainsi qu'à un niveau d'éducation des mères moins élevé. Finalement, un niveau d'éducation moins élevé chez les mères est associé à des niveaux plus élevés de comportements intériorisés et extériorisés chez leur enfant.

Analyse acheminatoire

Afin d'évaluer la valeur prédictive de l'agression sexuelle et du FRM ainsi qu'un potentiel effet de modération du FRM dans la relation entre l'ASE et les comportements intériorisés et extériorisés, une analyse acheminatoire a été effectuée (voir Figure 1). D'abord, les résultats montrent que le modèle proposé présente un excellent ajustement aux données avec un test du chi-carré non significatif ($\chi^2(1) = 0.875, p = .349$), un rapport $\chi^2/df = .875$, un *CFI* = 1.000, un *TLI* = 1.009, un *RMSEA* = .001 et un *SRMR* = .013. En ce qui concerne les comportements intériorisés,

Tableau 1

Statistiques descriptives incluant les liens entre les comportements intériorisés et extériorisés et le FR et le genre, la relation avec l'agresseur et les ASE

	Groupes	N	M	ÉT	t
Comportements intériorisés	Filles	89	65,45	8,40	1,37
	Garçons	57	62,38	8,41	
Comportements extériorisés	Filles	89	66,42	10,95	0,25
	Garçons	57	65,86	11,77	
Comportements intériorisés	Extrafamilial	29	62,66	8,90	-1,55
	Intrafamilial	34	65,95	7,91	
Comportements extériorisés	Extrafamilial	29	65,17	12,89	-0,78
	Intrafamilial	34	67,38	9,47	
Comportements intériorisés	Contrôle	83	54,41	9,67	-6,54*
	ASE	63	64,43	8,46	
Comportements extériorisés	Contrôle	83	54,14	11,37	-6,59*
	ASE	63	66,37	11,14	
FRM	Contrôle	90	3,84	1,54	3,85*
	ASE	64	2,86	1,59	

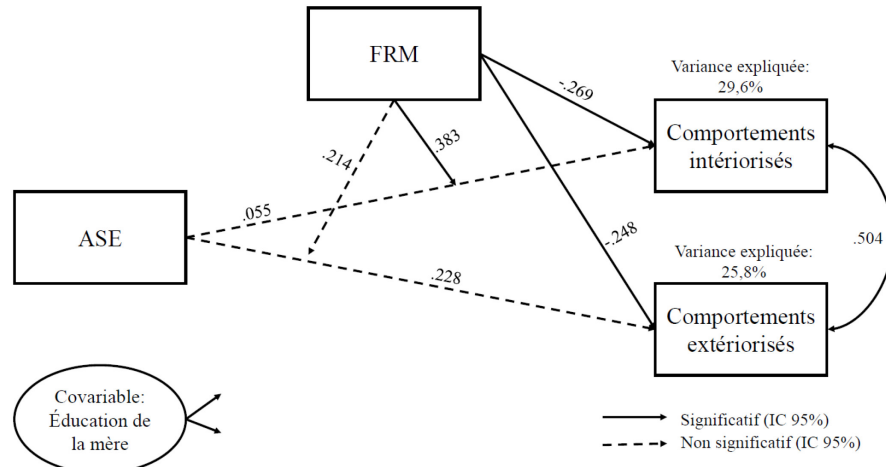
Notes : Comportements intériorisés et extériorisés mesurés à l'aide du CBCL-Version parent; FRM mesuré à l'aide du *PDI-R*; * $p < .01$.

Tableau 2

Liens entre l'ASE, le FRM, les difficultés intériorisées et extériorisées en enfance et l'éducation des mères

	1	2	3	4	5
1. ASE	-	-	-	-	-
2. FRM	-.290*	-	-	-	-
3. Comportements intériorisés	.476*	-.297*	-	-	-
4. Comportements extériorisés	.481*	-.306*	.631*	-	-
5. Éducation mère	-.317*	.365*	-.327*	-.278*	-

Note : FRM mesuré par le *PDI-R*; comportements intériorisés et extériorisés mesurés par le *CBCL* rapporté par les parents; * $p < .01$.



Note : FRM mesuré à l'aide du *PDI-R*; comportements intérieurs et extérieurs mesurés à l'aide du *CBCL* rapporté par les parents; la covariable a été utilisée en tant que prédicteur du FRM et des comportements intérieurs et extérieurs.

Figure 1. Effet modérateur du FR parental sur les difficultés intérieures et extérieures de l'enfant dans un contexte d'ASE.

deux prédicteurs se sont avérés significatifs, soit l'interaction entre l'ASE et le FRM ($\beta = .838, p < .05$) ainsi que le FRM ($\beta = -.269, p < .05$). Le modèle permettait d'expliquer 29,6 % de la variance des comportements intérieurs. Les résultats indiquent que plus les mères avaient un niveau élevé de FRM, plus cela permettait de réduire l'impact de l'ASE sur les comportements intérieurs. Par ailleurs, concernant les comportements extérieurs, seul le FRM s'est avéré être un prédicteur significatif ($\beta = -.152, p < .05$). Le modèle permettait d'expliquer 25,8 % de la variance des comportements extérieurs. Des niveaux plus faibles de FRM étaient associés à des niveaux plus élevés de comportements extérieurs.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'examiner la valeur prédictive de l'ASE vécue par les enfants et le FRM dans la prédiction des comportements intérieurs et extérieurs chez des enfants âgés de 2 à 12 ans à l'aide d'une analyse acheminatoire. De plus, nous voulions déterminer si le FRM était un modérateur de la relation entre l'ASE et les difficultés intérieures et extérieures chez les enfants.

Tel qu'attendu, les résultats indiquent que le FRM est associé à la fois aux symptômes intérieurs et aux symptômes extérieurs chez les enfants. Par ailleurs, un résultat inattendu montre que, dans un modèle

d'analyse acheminatoire visant à évaluer les contributions relatives de l'ASE et du FRM aux difficultés intériorisées et extériorisées présentées par les enfants, le seul prédicteur significatif s'est avéré être le FRM. Ceci suggère que les capacités de mentalisation du parent et la capacité de la mère à considérer l'expérience subjective de son enfant sont primordiales pour promouvoir la régulation affective et comportementale des enfants. Contrairement à ce qui était attendu, lorsque le FRM et l'ASE étaient considérés en même temps, la trajectoire allant de l'ASE vers les difficultés psychosociales n'était plus significative. Les résultats montrent que le FRM et l'interaction entre l'ASE et le FRM ont des contributions uniques au modèle plus élevées que l'ASE. Le FRM semble donc être un facteur de résilience ayant un impact important chez les enfants ayant vécu une ASE.

Les résultats à l'effet qu'un FRM élevé est associé à moins de symptômes intériorisés et extériorisés vont de pair avec les travaux antérieurs de Meins et ses collaborateurs (2013). Ces derniers ont démontré que les enfants de mères présentant un faible niveau d'« orientation mentale maternelle » lorsqu'en interaction avec ceux-ci à l'âge de 8 mois, présentaient davantage de difficultés intériorisées et extériorisées dès l'âge de 5 ans et que cet effet était plus marqué chez les familles ayant un statut socio-économique moins élevé (Meins *et al.*, 2013). De plus, à l'âge de 10 ans, ces enfants étaient davantage à risque de manifester de l'insensibilité émotionnelle, un trait souvent associé à des problèmes de comportements extériorisés (Centifanti *et al.*, 2016). En plus d'appuyer les résultats d'études antérieures, les résultats de la présente étude suggèrent que le FRM et la capacité de la mère à considérer l'expérience subjective de son enfant ont d'importantes implications pour la régulation émotionnelle de l'enfant et le développement de symptômes intériorisés et extériorisés chez ces derniers.

D'autre part, le modèle de modération proposé s'avère significatif et les résultats suggèrent la présence d'un effet protecteur du FRM sur le développement de symptômes intériorisés dans le groupe d'enfants abusés sexuellement. À cet égard, les capacités de mentalisation de la mère et sa capacité à considérer l'expérience subjective de l'enfant semblent être particulièrement importantes à la suite d'une ASE pour prévenir le développement de symptômes intériorisés. Ceci peut s'expliquer par le fait que, à la suite d'une ASE ou à une autre forme de situation traumatique, les enfants ont grandement besoin du soutien de leurs parents (Cyr *et al.*, 2013) afin de rétablir leur sentiment de sécurité. La sensibilité et la compréhension des parents relativement à leur souffrance lorsqu'ils sont confrontés à des situations traumatiques diminuent potentiellement le risque qu'ils intériorisent des représentations négatives d'eux-mêmes associées à l'ASE. Les capacités de mentalisation du parent et le FRM sont fort possiblement centraux pour reconnaître les

besoins de réconfort de l'enfant par rapport à son sentiment de sécurité, ses besoins d'attachement et de dépendance activés par le trauma, ses besoins de donner un sens à ses propres sentiments de confusion concernant les événements et même de donner un sens à ses sentiments de culpabilité, de honte ou de haine. À l'opposé, les enfants sont beaucoup plus vulnérables lorsque leurs parents ne sont pas en mesure de comprendre ce qui les habite ni de répondre de manière concordante à leur détresse, à leur besoin d'être réconforté ou à leur besoin que leurs parents les croient et leur accordent protection et soutien. Ceci peut expliquer en partie pourquoi une capacité minimale est requise de la part du parent pour au moins comprendre ce que l'enfant est en train de vivre et comment ses réactions comportementales sont liées à des états mentaux sous-jacents. Par ailleurs, le score moyen de FRM de 2,86 retrouvé dans la présente étude suggère que plusieurs mères d'enfants ayant vécu une ASE ont une compréhension très peu élaborée des états mentaux de leurs enfants et sont uniquement capables d'identifier des émotions de base. Les mères du groupe contrôle avaient un score moyen de FRM s'approchant d'un score de 4 (3,84), suggérant une meilleure capacité à identifier et considérer des états mentaux, sans par contre être en mesure de faire des liens entre des comportements manifestes et les états mentaux sous-jacents de façon optimale. Considérant l'importance que semble avoir la capacité à comprendre les états mentaux de l'enfant, des interventions ayant pour but d'aider les mères à considérer l'impact de leurs propres émotions sur leur enfant et à mieux comprendre les états mentaux sous-jacents aux comportements de ce dernier seraient d'une importance particulière (Fearon *et al.*, 2006 ; Lieberman, 2004 ; Lieberman & Van Horn, 2005 ; Slade, 2006 ; Slade *et al.*, 2005).

En ce qui concerne le lien entre le FRM et les comportements extériorisés, il est possible de croire que si la mère prend au pied de la lettre le comportement agressif ou oppositionnel de l'enfant et qu'elle réagit en le rejetant, en le punissant ou en devenant agressive à son tour, elle augmentera ainsi la détresse de l'enfant et intensifiera son agressivité plutôt que de faciliter sa régulation. À l'opposé, si la mère suggère à l'enfant qu'il se comporte de manière oppositionnelle *parce* qu'il est troublé par quelque chose, et ce, parce qu'elle a pris le temps d'imaginer ce que l'enfant pouvait ressentir et de comprendre ce qui l'habite, ceci aura pour effet d'aider l'enfant à s'autoréguler et à le laisser avec une impression qu'il n'est pas seul et que ses comportements et réactions peuvent avoir un sens. En d'autres termes, la réponse de la mère communique à l'enfant qu'elle est disponible émotionnellement et qu'elle ne considère pas l'agressivité de l'enfant comme étant des provocations intentionnelles, mais plutôt comme une communication maladroite de ce qui l'habite et qu'il se sent poussé de mettre en actes. Par exemple, la mère qui aide l'enfant à saisir l'origine de sa colère en lui exprimant que d'une certaine façon il

est normal d'être fâché s'il n'obtient pas ce qu'il veut ou de vouloir faire du mal à quelqu'un qui lui a fait du mal ou pour se défendre, lui offre par cette entremise l'opportunité de comprendre ses réactions ou comportements sans pour autant se sentir jugé ou « méchant ». En somme, c'est par l'entremise d'un processus où la mère prête sa propre voix à l'enfant pour lui permettre d'exprimer ce qu'il ressent et également lui proposer des alternatives de réactions ainsi qu'un vocabulaire autour de son expérience émotionnelle pour exprimer par la parole plutôt que par des gestes que l'enfant développe sa capacité de mentaliser son expérience et d'atteindre un meilleur niveau de régulation émotionnelle et comportementale. Cependant, pour ce faire, la mère doit être en mesure d'inhiber sa propre agressivité ou de contrôler ses propres réactions émotionnelles par rapport à celles de l'enfant sans quoi elle ne peut être disponible pour répondre aux besoins de l'enfant. Pour certaines mères, il peut évidemment s'agir d'un défi de taille, particulièrement dans les cas où la mère se sent dépassée ou encore réagit plus fortement en raison de facteurs tempéramentaux ou de ses expériences antérieures. Les capacités de mentalisation de la mère deviennent alors importantes autant pour lui permettre de se contenir elle-même que pour contenir l'enfant et l'appuyer relativement à des situations adverses. De plus, une saine gestion de la colère et de la frustration est plus facile à atteindre lorsque, malgré les difficultés, l'enfant se sent aimé, en sécurité et protégé. Le tout peut sembler représenter un défi important, mais il s'agit d'un défi que la plupart des parents réussissent à surmonter de façon intuitive. Dans certains cas extrêmes, comme dans un contexte d'ASE, les parents autant que les enfants peuvent avoir besoin d'interventions ciblant la mentalisation afin de surmonter cette situation.

Les forces de la présente étude incluent la taille de l'échantillon, l'utilisation d'évaluations indépendantes du FRM ainsi que l'inclusion d'un groupe d'enfants sous-étudié et difficile à recruter (le groupe ayant vécu une ASE). Néanmoins, les résultats se doivent d'être interprétés à la lumière de certaines limites. En effet, la présente étude inclut l'utilisation de questionnaires rapportés par les parents pour évaluer la symptomatologie des enfants. Bien que les enfants soient considérés comme étant de meilleurs juges de leurs propres symptômes de détresse, l'utilisation de mesures autorapportées n'a pas été possible considérant le jeune âge des participants. De plus, il est envisageable que les difficultés de mentalisation des mères aient pu interférer avec leur capacité à répondre fidèlement à une mesure des difficultés chez leurs enfants. Ceci pourrait en partie expliquer que le FRM ressort comme étant un meilleur prédicteur que l'ASE dans le modèle final en augmentant quelque peu l'association entre le FRM et les difficultés psychosociales. Des recherches futures incluant plus de participants sont nécessaires afin de préciser l'effet d'interaction entre le FRM et l'ASE. Enfin, les recherches futures devront

également viser à mieux comprendre les ensembles de mécanismes influençant la capacité des mères à soutenir adéquatement leur enfant, en incluant leur propre vécu d'ASE ou d'agression physique (Brand, Brennan, Newport, Smith, Weiss, & Stowe, 2010) ou encore la présence de difficultés psychologiques (Hébert, Daigneault, Collin-Vézina, & Cyr, 2007; Santa-Sosa, Steer, Deblinger, & Runyon, 2013) ainsi que le soutien social (Min, Singer, Minnes, Kim, & Short, 2012).

Pour conclure, les résultats de la présente étude suggèrent que les capacités de mentalisation de la mère et sa capacité à considérer l'expérience subjective de l'enfant ont des implications encore plus importantes que ce qui a été rapporté jusqu'à maintenant afin d'aider les enfants à rétablir leur régulation émotionnelle après la dérégulation causée par l'ASE. Ceci converge avec les conclusions de Cyr et ses collaborateurs (2013), soit que le soutien parental peut pallier l'impact négatif de l'ASE. Il est assumé que le FRM sous-tend le soutien parental, mais, jusqu'à maintenant, les données empiriques quant à l'importance du FRM étaient absentes. Considérant l'importance des capacités de mentalisation de la mère pour le bon fonctionnement de l'enfant et le faible niveau de FRM rapporté dans cette étude, l'importance du soutien maternel ainsi que des interventions aidant les mères à développer une meilleure compréhension des états mentaux de leur enfant semble être une priorité.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profiles*. Burlington, VT : University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Benbassat, N., & Priel, B. (2012). Parenting and adolescent adjustment : The role of parental reflective function. *Journal of Adolescence*, 35(1), 163-174. doi :10.1016/j.adolescence.2011.03.004
- Bérubé-Beaulieu, E., Ensink, K., & Normandin, L. (2016) Fonctionnement réflexif de la mère et attachement de l'enfant : une étude prospective des liens avec la sensibilité et l'orientation mentale maternelle (article soumis pour publication).
- Brand, S. R., Brennan, P. A., Newport, D. J., Smith, A. K., Weiss, T., & Stowe, Z. N. (2010). The impact of maternal childhood abuse on maternal and infant HPA axis function in the postpartum period. *Psychoneuroendocrinology*, 35(5), 686-693.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and symptomatic sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222.
- Browne, M. W. & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 230-258.
- Centifanti, L. C. M., Meins, E., & Fernyhough, C. (2016). Callous-unemotional traits and impulsivity : distinct longitudinal relations with mind-mindedness and understanding of others. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(1), 84-92.
- Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research : prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 22. doi :10.1186/1753-2000-7-22.

- Cyr, M., McDuff, P., & Hébert, M. (2013). Support and profiles of nonoffending mothers of sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse, 22*(2), 209-230.
- Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., Berthelot, N., & Fonagy, P. (2016). Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 48*(1), 9-18. doi :10.1037/cbs0000030
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S., & Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma : An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology, 33*(2), 203-217. doi : 10.1111/bjdp.12074
- Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L. L., McGregor, J., Bleiberg, E., et al. (2006). Short-term mentalization and relational therapy (SMART) : An integrative family therapy for children and adolescents. In J. G. Allen & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalization-based treatment* (p. 201-222). West Sussex : John Wiley & Sons.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth : A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment, 10*(1), 5-25.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking : Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *The International Journal of Psycho-Analysis, 72*(4), 639-656.
- Fonagy, P. (2004). Early life trauma and the psychogenesis and prevention of violence. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1036*, 181-200.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. In N. Midgley & I. Vrouva (Eds), *Minding the child. mentalization-based interventions with children, young people and their families* (p. 11-34). East Sussex : Routledge.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry, 64*, 59-66.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states : The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal, 12*(3), 201-218.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality : I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis, 77*, 217-234.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function : Their role in self-organization. *Development and Psychopathology, 9*(4), 679-700.
- Grienenberger, J., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment : Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development, 7*(3), 299-311. doi : 10.1080/14616730500245963
- Hébert, M., Cénat, J. M., Blais, M., Lavoie, F., & Guerrier, M. (2016). Child sexual abuse, bullying, cyberbullying, and mental health problems among high schools students : a moderated mediated model. *Depression and Anxiety, 33*, 623-629.
- Hébert, M., Daigneault, I., Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2007). Factors linked to distress in mothers of children disclosing sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(10), 805-811.
- Hoyle, R. H. (1995). The structural equation modeling approach : Basic concepts and fundamental issues. In R. H. Hoyle (Éd.), *Structural equation modeling : Concepts, issues, and applications* (p. 1–15). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children : A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*(1), 164-180.
- Kuhlman, K. R., Geiss, E. G., Vargas, I., & Lopez-Duran, N. L. (2015). Differential associations between childhood trauma subtypes and adolescent HPA-axis functioning. *Psychoneuroendocrinology, 54*, 103-114.
- Lieberman, A. F. (2004). Child-parent psychotherapy; A relationship –based approach to the treatment of mental health disorders in infancy and early childhood. In A. J. Sameroff,

Fonctionnement réflexif maternel et agression sexuelle

- S.C. McDonough, & K.L. Rosenblum (Éds). *Relationship problems : Strategies for intervention* (p. 97-122). New York, NY : The Guilford Press.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2005). *Don't hit my mommy! : A manual for child-parent psychotherapy with young witnesses of family violence*. Washington, DC : Zero to Three Press.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health : A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657. doi :10.1016/j.cpr.2009.08.003
- Mathews, S., Abrahams, N., & Jewkes, R. (2013). Exploring mental health adjustment of children post sexual assault in South Africa. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(6), 639-657. doi :10.1080/10538712.2013.811137
- Meins, E., Centifanti, L. C. M., Fernyhough, C., & Fishburn, S. (2013). Maternal mind-mindedness and children's behavioral difficulties : Mitigating the impact of low socioeconomic status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 543-553.
- Meins, E., Fernyhough C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity : mother's comments on infant's mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 637-648.
- Min, M. O., Singer, L. T., Minnes, S., Kim, H., & Short, E. (2012). Mediating links between maternal childhood trauma and preadolescent behavioral adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(4), 831-851.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2012). *Mplus user's guide* (7^e éd.). Los Angeles, CA : Muthén & Muthén.
- Nemeroff, C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(S1), 18-28.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of psychology*, 135(1), 17-36.
- Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2013). Disrupted reinforcement learning and maladaptive behavior in women with a history of childhood sexual abuse : A high-density event-related potential study. *JAMA psychiatry*, 70(5), 499-507.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review : Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. doi :10.1097/01.CHI.0000037029.04952.72
- Santa-Sosa, E. J., Steer, R. A., Deblinger, E., & Runyon, M. K. (2013). Depression and parenting by nonoffending mothers of children who experienced sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(8), 915-930.
- Slade, A. (2006). Reflective parenting programs : Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 640-657.
- Slade, A., Aber, J. L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan, M. (2004). *The parent development interview-revised. Unpublished protocol*. New York, NY : The City University of New York.
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap : A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283-298.
- Stein, H. (2006). Does mentalizing promote resilience. In J. G. Allen & P. Fonagy (Éds), *Handbook of mentalization-based treatment* (p. 307-326). West Sussex : John Wiley & Sons.
- Suchman, N. E., DeCoste, C., Leigh, D., & Borelli, J. (2010). Reflective functioning in mothers with drug use disorders : Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment & Human Development*, 12(6), 567-585.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development : Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Developmental and Psychopathology*, 23(2), 453-476.
- Ullman, S. E. (2001). Structural equation modeling. In B. G. Tabachnick & L. S. Fidell (Éds), *Using multivariate statistics* (4^e éd., p. 653-771). Boston, MA : Allyn and Bacon.

RÉSUMÉ

Cette étude avait pour objectifs d'évaluer les liens entre les agressions sexuelles en enfance (ASE), le fonctionnement réflexif maternel (FRM) et les difficultés psychosociales chez les enfants ainsi que le rôle modérateur du FRM dans la relation entre l'ASE et les difficultés chez les enfants. L'échantillon incluait 154 mères, dont 64 mères d'un enfant ayant vécu une ASE. Le *Parent Development Interview-Revised* et le *Child Behavior Checklist* ont permis de mesurer le FRM et les difficultés psychosociales respectivement. Une analyse acheminatoire montre que seul le FRM était significativement associé aux comportements intériorisés et extériorisés, et qu'il jouait un rôle modérateur dans la relation entre l'ASE et les difficultés intériorisées, suggérant un effet protecteur du FRM suite à une ASE.

MOTS CLÉS

fonctionnement réflexif maternel, mentalisation, agressions sexuelles, comportements intériorisés, comportements extériorisés

ABSTRACT

Objectives were to examine 1) the relative contributions of childhood sexual abuse (CSA) and maternal reflective functioning (MRF) in explaining child internalising and externalising, and 2) whether MRF moderated the relationship between CSA and child difficulties. Participants were 154 mothers, including 64 mothers of children with histories of CSA. MRF was assessed with the *Parent Development Interview-Revised* and children's psychosocial difficulties with the *Child Behavior Checklist*. MRF was the only significant predictor of child internalising and externalising difficulties in a model where CSA and MRF were considered simultaneously. MRF moderated the relationship between CSA and child internalising, suggesting that the parent's capacity to mentalize and imagine the child's psychological experience has a protective function in the context of CSA.

KEY WORDS

maternal reflective functioning, mentalizing, sexual abuse, internalising, externalising
