

**Université du Québec en Outaouais**

**Complexité de la symptomatologie borderline : les liens entre les facteurs de risque intrapersonnels et interpersonnels.**

Essai doctoral  
Présenté au  
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie  
Profil psychologie clinique (D. Psy.)

Par  
© Pascale Viau

Septembre 2021

## **Composition du jury**

**Complexité de la symptomatologie borderline : les liens entre les facteurs de risque intrapersonnels et interpersonnels.**

Par  
© Pascale Viau

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Paul S. Greenman, Ph. D., directeur de recherche, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais.

Sébastien Larochelle, Ph. D., examinateur interne et président du jury, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais.

Isabelle Green-Dermers, Ph. D., examinatrice interne, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais.

Heather MacIntosh, examinatrice externe, École de travail social, Université McGill.

À tous ceux et celles qui, comme moi, ont dû apprendre à naviguer cette problématique de  
santé mentale

\* \* \*

*« I now see how owning our story and loving ourselves through that process is the bravest  
thing that we will ever do »  
– Brené Brown*

## REMERCIEMENTS

Dans un premier temps, je souhaite remercier les participants et les participantes de cet essai doctoral. Ce projet n'aurait pas été possible sans le temps que vous avez consacré à la complétion des divers questionnaires.

Je souhaite également remercier mon directeur de recherche, Paul S. Greenman d'avoir cru en moi et de m'avoir permis de mettre sur pied ce projet de recherche qui me tenait particulièrement à cœur. Tes conseils et tes encouragements m'ont donné un sentiment de sécurité, et ce, même dans les moments les plus insécurisants de ce long parcours.

Je tiens aussi à remercier les membres de mon comité, soit Sébastien Larochelle et Isabelle Green-Demers, professeurs au Département de psychoéducation et de psychologie à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) ainsi qu'à Heather MacIntosh, professeure à l'Université McGill. Je suis très reconnaissante pour le temps et l'énergie que vous avez consacrés à la lecture de mon essai. Vos conseils ont été d'une grande utilité, tant dans la mise en place de mon projet de recherche que dans la rédaction de mon essai doctoral.

Un merci bien spécial à mes parents, Stéphane et Julie, de m'avoir soutenu lors de ce long parcours universitaire. Merci de m'avoir appris à persévérer et à me surpasser et de m'avoir encouragée à poursuivre mes rêves, même les plus fous! Je remercie également mes beaux-parents pour leur appui.

Finalement, je remercie mon mari, Francis, de m'avoir encouragé et soutenu, même dans les moments les plus sombres, et d'avoir cru en moi lorsque je doutais de moi-même.♥

## RÉSUMÉ

Le trouble de la personnalité borderline (TPB) constitue un problème de santé mentale dévastateur pour les individus qui en sont atteints. La théorie de la mentalisation, initialement développée par Peter Fonagy (1991), est de plus en plus utilisée par les chercheurs et cliniciens afin de conceptualiser cette problématique de santé mentale et d'adapter les interventions cliniques auprès de cette population. Selon cette théorie, l'un des principaux facteurs de risque au développement du trouble borderline est l'expérience de traumatismes interpersonnels vécus dans l'enfance, qui altère non seulement le style d'attachement qui se développe chez l'enfant, mais aussi sa capacité de mentaliser dans les contextes interpersonnels chargés émotionnellement. En conséquence, ces individus peuvent présenter des lacunes sur le plan de la gestion émotionnelle et plus particulièrement des symptômes d'alexithymie. Or, dans la littérature actuelle, très peu d'études portent sur l'influence conjointe de ces différents facteurs chez une population de personnes ayant un TPB. Cette étude vise donc à (1) démontrer qu'il existe une différence significative entre nos deux groupes (clinique et témoin) à la fois sur le plan du vécu de traumatismes interpersonnels durant l'enfance, du style d'attachement et des symptômes d'alexithymie; (2) vérifier le lien entre un traumatisme interpersonnel vécu durant l'enfance, le style d'attachement, l'alexithymie et le trouble de la personnalité borderline à l'âge adulte; et (3) explorer l'incidence de l'alexithymie sur les différentes manifestations du TPB (p. ex. l'impulsivité, les comportements autodestructeurs non suicidaires), et ce, dans le but de répondre aux lacunes actuelles présentes dans la littérature scientifique. L'échantillon, qui se compose d'un groupe clinique ( $n = 63$ ) ayant reçu un diagnostic de TPB et d'un groupe non clinique avec variabilité optimisée ( $n = 62$ ) ne rapportant pas de diagnostic de santé mentale, regroupait des hommes et des femmes âgés entre 22 et 46 ans. Les participants étaient invités à répondre à sept différents questionnaires portant sur leurs informations sociodémographiques, leur style et leurs liens d'attachement, leur niveau d'alexithymie ainsi que différentes caractéristiques du TPB. Les données recueillies ont été traitées par des analyses de variance simple (ANOVA), des corrélations de Pearson ainsi que des régressions linéaires simples et multiples. Les résultats ont confirmé l'existence de liens entre les traumatismes interpersonnels vécus durant l'enfance, un style d'attachement insécurisé, de hauts niveaux d'alexithymie et le TPB, en plus de confirmer que l'alexithymie était associée à plusieurs manifestations du TPB, dont les comportements autodestructeurs non suicidaires et l'impulsivité. Les résultats appuient donc notre modèle théorique inspiré de la théorie de la mentalisation (voir figure 1). En vertu de la portée de ces résultats, des implications cliniques sont mises en lumière, dont l'importance pour les cliniciens en relation d'aide de favoriser la création d'un lien d'attachement sécurisant et d'adopter des interventions qui permettront d'accroître le contact de l'individu avec ses propres émotions et celles des autres, surtout auprès de leur clientèle ayant des enjeux borderline.

*Mots-clés* : Trouble de la personnalité borderline (TPB), traumatisme interpersonnel, style d'attachement, alexithymie, comportements autodestructeurs non suicidaires, impulsivité, théorie de la mentalisation.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	iii
RÉSUMÉ .....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES .....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES .....	ix
CHAPITRE I	
INTRODUCTION .....	12
CHAPITRE II	
CONTEXTE THÉORIQUE.....	16
Définition opérationnelle du trouble de la personnalité borderline (TPB) .....	16
Caractéristiques émotionnelles et affectives .....	17
Perturbations comportementales .....	19
Perturbations relationnelles.....	20
Facteurs d'influence associés à l'étiologie du TPB .....	21
Facteurs d'influence innés .....	22
Facteurs d'influence acquis.....	23
La théorie de la mentalisation .....	25
Compréhension de l'apparition du TPB selon le modèle de la mentalisation .....	27
Rôle du style d'attachement et du traumatisme interpersonnel dans le développement du TPB .....	28
Le rôle de l'alexithymie dans le développement du TPB .....	31
En résumé.....	33
La présente étude .....	34
Question, objectifs de recherche et hypothèses .....	35
Objectif 1 .....	36
Objectif 2 .....	37
Objectif 3 .....	39
CHAPITRE III	
MÉTHODE .....	42
Devis de recherche.....	42
Participants.....	42
Procédure .....	46

Instruments.....	46
Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) .....	47
Relationship Questionnaire (RQ).....	47
Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder: Self-report Version (ZAN-BPD)	
.....	48
Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11).....	49
Self-Harm Inventory (SHI).....	49
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).....	50
CHAPITRE IV	
RÉSULTATS .....	52
Analyses statistiques préliminaires .....	52
Plan analytique.....	53
Objectif 1 .....	53
Objectif 2 .....	53
Objectif 3 .....	54
Résultats pour l’objectif 1 .....	54
Résultats pour l’objectif 2.....	57
Résultats pour l’objectif 3 .....	60
CHAPITRE V	
DISCUSSION.....	64
Différences entre groupes : Hypothèses 1-3 .....	65
Liens entre traumatisme interpersonnel, attachement insécurisant, alexithymie et TPB .....	66
Hypothèse 4 .....	66
Hypothèses 5 et 6 .....	67
Hypothèses 7, 8 et 9 .....	69
Incidence de l’alexithymie sur certaines manifestations du TPB .....	71
Hypothèse 10 .....	71
Hypothèse 11 .....	72
Implications cliniques .....	73
Forces et limites de l’étude .....	76
Forces du projet de recherche .....	76
Vulnérabilités du projet de recherche .....	77
Études futures.....	79
RÉFÉRENCES .....	80
ANNEXES .....	94

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. <i>Critères diagnostiques du TPB selon le DSM-5 (APA, 2015)</i> .....	16
Tableau 2. <i>Données sociodémographiques du groupe clinique</i> .....	43
Tableau 3. <i>Données sociodémographiques du groupe non clinique</i> .....	44
Tableau 4. <i>Répartition du trauma selon le groupe</i> .....	55
Tableau 5. <i>Répartition du style d'attachement selon le groupe</i> .....	56
Tableau 6. <i>Répartition de l'alexithymie selon le groupe</i> .....	56
Tableau 7. <i>Corrélations entre l'alexithymie, le traumatisme interpersonnel, le style d'attachement insécurisant et le TPB</i> .....	57
Tableau 8. <i>Corrélations entre l'alexithymie, l'impulsivité et les comportements autodestructeurs non suicidaires</i> .....	61

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. <i>Modèle théorique expliquant les facteurs prédisposant au TPB et à l'alexithymie</i> .....	39
Figure 2. <i>Résultats du modèle théorique expliquant les facteurs prédisposant au TPB et à l'alexithymie</i> .....	60

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

APA *American Psychological Association*

BIS-11 *Barratt Impulsiveness Scale*

CAMH. *Centre for Addiction and Mental Health*

CTQ *Childhood Trauma Questionnaire*

DSM-5 *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*

INSPQ *Institut national de santé publique du Québec*

P. EX. *Par exemple*

RQ *Relationship Questionnaire*

SHI *Self-Harm Inventory*

TAS-20 *Toronto Alexithymia Scale*

TPB *Trouble de la personnalité borderline*

TSPT *Trouble de stress post-traumatique*

UQO *Université du Québec en Outaouais*

ZAN-BPD *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder : Self-report Version*

## CHAPITRE I – INTRODUCTION

## INTRODUCTION

De plus en plus de personnes sont amenées à consulter pour des problématiques de santé mentale en Amérique du Nord. Parmi ces difficultés, on dénote un nombre croissant de consultations en lien avec des enjeux relationnels (INSPQ, 2015). Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2015), la majorité des gens qui consultent en psychologie reçoivent de l'aide en lien avec une problématique relationnelle. En plus des troubles anxieux et de l'humeur, qui sont très fréquents au sein de la population clinique, on observe également des proportions élevées de troubles de la personnalité. À cet égard, le trouble de la personnalité borderline est l'un des troubles de la personnalité les plus diagnostiqués en milieu psychiatrique et clinique (CAMH, 2009).

Le trouble de la personnalité borderline se caractérise principalement par une perturbation et une instabilité des relations interpersonnelles, une dérégulation émotionnelle et des comportements impulsifs (Livesley et Larstone, 2018). La prévalence de ce trouble se situe entre 1,6% et 5,9% en Amérique du Nord selon les études (APA, 2015). L'enquête menée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2015), permet d'illustrer l'ampleur de la problématique. Notamment, la première cause de décès chez ce groupe d'individus est le suicide, qui explique plus de 20% du taux de mortalité. Par conséquent, l'espérance de vie des personnes atteintes d'un trouble de la personnalité borderline serait réduite de 13 ans chez les hommes et de 9 ans chez les femmes comparativement à la population générale. Cette problématique s'avère également être lourde de conséquences sur le plan économique. En effet, les individus atteints d'un trouble de la personnalité borderline ont un profil d'utilisation élevé des services de santé (Gunderson et Hoffman, 2005; INSPQ, 2015). Entre autres, 70% d'entre eux ont recours à un service spécialisé (p. ex., visite à un psychiatre en externe), 50% ont été hospitalisés et 44% ont

consulté les urgences au moins à une reprise dans la dernière année. De toute évidence, le trouble borderline est un trouble psychologique qui engendre une détresse et des limites psychosociales sérieuses chez ceux et celles qui en sont atteints.

Afin de comprendre les enjeux relationnels reliés au trouble borderline, des auteurs (p. ex., Fonagy, Gergely, Jurist et Target, 2002) ont développé un cadre théorique qui intègre divers facteurs, dont les expériences traumatisantes à l'enfance, le style d'attachement et la régulation des affects. Cette théorie sera utilisée afin d'expliquer le modèle théorique proposé et pour comprendre les résultats du présent projet de recherche. Bien que la théorie de Fonagy (1991) offre une conceptualisation théorique du trouble borderline, un manque de preuves empiriques est noté dans la littérature scientifique afin de l'appuyer. En conséquence, des lacunes importantes restent à être comblées dans la littérature scientifique afin de comprendre l'influence conjointe des variables intrapersonnelles (telles que l'alexithymie et le style d'attachement) et des variables interpersonnelles (telles que les traumatismes interpersonnels) dans les caractéristiques du trouble borderline. La présente étude a donc pour objectif de (1) démontrer qu'il existe une différence significative entre nos deux groupes (clinique et témoin) à la fois sur le plan du vécu de traumatismes interpersonnels durant l'enfance, du style d'attachement et des symptômes d'alexithymie; (2) vérifier le lien entre un traumatisme interpersonnel vécu durant l'enfance, le style d'attachement, l'alexithymie et le trouble de la personnalité borderline à l'âge adulte; et (3) d'explorer l'incidence de l'alexithymie sur les différentes manifestations du trouble borderline (p. ex. l'impulsivité, les comportements autodestructeurs non suicidaires), et ce, dans le but de répondre aux lacunes actuelles présentées dans la littérature scientifique. En d'autres termes, un modèle théorique et intégratif sera proposé, dans lequel l'influence conjointe des divers facteurs étiologiques sera étudiée de façon concomitante. Ceci permettra de consolider

l'information connue dans la littérature scientifique en plus de fournir de l'information supplémentaire sur l'influence conjointe des divers facteurs étiologiques propres au trouble de la personnalité borderline. Ce projet constitue une contribution originale à la littérature scientifique puisqu'il met à l'épreuve un modèle théorique qui intègre à la fois des antécédents sociaux et individuels du TPB en plus d'étudier les retombées dévastatrices de l'alexithymie. Le projet permet également de départager l'influence unique et la variance commune de diverses variables clés, dont l'expérience de traumatismes interpersonnels, le style d'attachement et l'alexithymie, chez des individus ayant un TPB.

## CHAPITRE II – CONTEXTE THÉORIQUE

## CONTEXTE THÉORIQUE

### Définition opérationnelle du trouble de la personnalité borderline (TPB)

C'est en 1938 que le terme « état limite » fut introduit pour la première fois par le psychanalyste américain Stern. À cette époque, ce terme était employé pour désigner les individus qui entretenaient une forte idéalisation et dévalorisation envers leurs proches, et qui présentaient des difficultés à faire face aux situations stressantes (Coutanceau et Smith, 2013). Aujourd'hui, le trouble de la personnalité borderline (TPB) est défini par le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) comme « un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers » (APA, 2015, p. 780). Or, afin de recevoir ce diagnostic, il est nécessaire de rencontrer un minimum de cinq des neuf caractéristiques spécifiques du trouble borderline (voir tableau 1). Il est possible d'organiser ces caractéristiques en trois catégories, soit les caractéristiques émotionnelles et affectives, les perturbations comportementales ainsi que les perturbations relationnelles (Coutanceau et Smith, 2013).

### Tableau 1

*Critères diagnostiques du TPB selon le DSM-5 (APA, 2015).*

No.	Symptômes (≥5)
1.	Efforts effrénés afin d'éviter les abandons (réels ou imaginés)
2.	Relations interpersonnelles instables et intenses qui se caractérisent par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
3.	Instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
4.	Impulsivité présente dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, boulimie...)
5.	Répétition de comportements, gestes ou menaces suicidaires, ou de comportements d'automutilation
6.	Instabilité affective et réactivité marquée de l'humeur
7.	Sentiment de vide chronique

8.	Difficulté à contrôler sa colère <b>ou</b> excès de colère intenses et inappropriés
9.	Symptômes dissociatifs graves <b>ou</b> idéation persécutoire en situation de stress

### *Caractéristiques émotionnelles et affectives*

Cette catégorie englobe plusieurs difficultés émotionnelles et affectives, toutes caractéristiques d'un trouble borderline. Elle comprend l'instabilité affective, le sentiment chronique de vide, la colère intense ou la difficulté à maîtriser sa colère, la perturbation de l'identité, ainsi que les symptômes dissociatifs en situation de stress.

**Instabilité affective.** Pour diverses problématiques psychologiques, l'instabilité affective est un facteur contribuant à son développement ou une caractéristique importante de la pathologie (Houben, Van Den Noortgate, et Kuppens, 2015). Dans le cas du trouble borderline, les oscillations émotionnelles sont considérées comme la source principale de souffrance des individus (Linehan, 1993). Les émotions peuvent passer d'un état d'excitation forte à un état dépressif et suicidaire en l'espace de quelques heures (Mehran, 2011). Il en résulte des réactions émotionnelles imprévisibles et disproportionnées en regard de la situation (Coutanceau et Smith, 2013).

**Sentiment chronique de vide.** Ce sentiment, bien que plus difficile à décrire, peut se traduire par un sentiment d'ennui plus ou moins persistant et peut conduire l'individu à se sentir différent des autres, étrange et incompris (Coutanceau et Smith, 2013). Certains auteurs comparent ce sentiment à une anesthésie des sens. Ainsi, les comportements impulsifs, suicidaires et parasuicidaires (p. ex., l'automutilation) peuvent représenter une tentative de fuite de ce sentiment affligeant de vide (Mehran, 2011).

**Colère intense ou difficulté à maîtriser sa colère.** La colère intense se traduit souvent par un sentiment chronique de rage et une irritabilité persistante (Coutanceau et Smith, 2013). Bien que la colère soit généralement une réaction saine pour la personne et ses relations

lorsqu'elle est bien exprimée, la rage, quant à elle, est une réaction destructrice qui résulte d'une gestion inefficace de ses émotions (Mehran, 2011). Par conséquent, leur réaction est souvent excessive et inappropriée en regard de la situation et la durée de cette émotion négative perdure beaucoup plus longtemps chez les individus ayant un trouble borderline que chez les individus n'ayant pas cette problématique.

**Perturbation de l'identité.** De manière générale, le sentiment d'identité se définit par l'appréciation subjective de qui l'on est, d'unité et de cohésion personnelles, d'être unique et distinct des autres ainsi que de continuité avec soi-même dans le temps (Caligor, Kernberg, Clarkin et Yeomans, 2018; Clarkin, Caligor, Stern et Kernberg, 2003). Or, les individus atteints d'un trouble de la personnalité borderline peuvent éprouver de la difficulté à décrire qui ils sont sur le plan des qualités et des défauts, de leurs objectifs de vie, de leurs loisirs ainsi que de leurs préférences et leurs goûts. Ils peuvent également éprouver de la difficulté à se percevoir comme une personne complète et unique. Par conséquent, leur image d'eux-mêmes est fragile et instable. Elle varie en fonction des circonstances et de l'état thymique (c.-à-d., en fonction de l'humeur et des émotions) (Coutanceau et Smith, 2013).

**Symptômes dissociatifs en situation de stress.** La dissociation fait référence à une rupture de l'unité psychique, provoquant ainsi un relâchement des processus normalement intégrés comme la mémoire, la perception de l'environnement, la conscience et l'identité de soi (Mehran, 2011). Ces symptômes peuvent survenir en période de stress extrême chez un individu ayant un trouble borderline. En effet, les émotions intenses et parfois violentes engendrées par des situations de stress peuvent avoir pour effet de perturber la capacité des individus atteints de TPB à se concentrer et à organiser leurs pensées et leurs actes (Coutanceau et Smith, 2013). De plus, un état de dépersonnalisation ou de déréalisation, des idées transitoires psychotiques (p. ex.,

des idées de persécution), des sensations corporelles inhabituelles ou des hallucinations brèves peuvent survenir. Ces épisodes surviennent généralement en réponse à un abandon réel ou imaginé (APA, 2015).

### ***Perturbations comportementales***

Cette catégorie inclut les difficultés comportementales qui peuvent être observées chez les individus ayant un trouble de la personnalité borderline. Elle comprend l'impulsivité ainsi que les comportements suicidaires ou parasuicidaires.

**Impulsivité.** Le comportement des individus aux prises avec un trouble borderline est fréquemment régi par leurs impulsions. En effet, ces individus peuvent percevoir les comportements impulsifs comme étant la seule possibilité de neutraliser les perturbations émotionnelles intenses ressenties (Coutanceau et Smith, 2013). Ces comportements peuvent prendre diverses formes et sont potentiellement dommageables pour l'individu (p. ex., dépenses excessives, sexualité à risque, toxicomanie, crises de boulimie ou d'hyperphagie) (APA, 2015). Or, les comportements impulsifs sont directement liés aux autres caractéristiques de ce trouble. Entre autres, la difficulté à maîtriser sa colère, l'instabilité affective et le sentiment chronique de vide peuvent tous conduire les individus atteints du TPB à adopter des comportements impulsifs dans le but d'éviter les sentiments douloureux ressentis (Mehran, 2011).

**Comportements suicidaires ou parasuicidaires.** Les comportements suicidaires chez ce groupe d'individus sont, dans la majorité des cas, récurrents et peuvent se traduire par des pensées, des menaces à caractère suicidaire ainsi que des gestes ou des comportements dans le but de mettre fin à ses jours. En ce sens, les statistiques dénotent que de 10 à 20% des individus atteints de cette problématique de santé mentale décèderont par suicide (INSPQ, 2015; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan et Bohus, 2004). Cela représente un taux de décès par suicide qui

est cinquante fois plus important chez ces individus que dans la population générale (INSPQ, 2015; Lieb et al., 2004). Ces actes suicidaires sont généralement considérés, par les individus souffrant de cette problématique, comme une solution à leurs problèmes (Mehran, 2011) ou encore l'expression de leur colère envers eux-mêmes.

Des comportements parasuicidaires accompagnent généralement cette condition et sont considérés comme l'une des caractéristiques les plus dévastatrices de ce trouble. Ils comprennent tout type de comportement employé dans le but de se faire du mal volontairement (APA, 2015 ; Blondin et al., 2014). Ce type de comportement représente un facteur de risque pour le suicide. En effet, de 55 à 85% des personnes qui s'automutilent font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (Blondin et al., 2014). Cependant, un comportement de mutilation n'est pas nécessairement sous-entendu par une intention suicidaire chez cette population. En effet, les individus souffrant du trouble borderline peuvent voir différentes fonctions aux comportements d'automutilation, dont la possibilité d'exprimer sa colère, de s'autopunir, d'apaiser la tension émotionnelle, de se distraire d'un sentiment de douleur psychologique ou encore d'atténuer le sentiment de vide (Blondin et al., 2014; Coutanceau et Smith, 2013 ; Mehran, 2011).

### ***Perturbations relationnelles***

Cette catégorie inclut les difficultés relationnelles qui peuvent être observées chez les individus ayant un trouble borderline. Elle comprend les relations instables et intenses ainsi que la peur de l'abandon.

**Relations instables et intenses.** Les relations interpersonnelles entretenues par les individus atteints du trouble de la personnalité borderline peuvent être instables et intenses. L'instabilité des relations se traduit par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation. Leur opinion d'autrui peut basculer brusquement de sorte que les

autres sont tour à tour perçus comme un soutien généreux puis comme méchant et cruel (APA, 2015). En catégorisant ainsi les autres de façon dichotomique (c.-à-d. « bon » ou « mauvais »), il peut être difficile pour eux d'entretenir une relation stable (Mehran, 2011).

**Peur de l'abandon.** Les individus aux prises avec un trouble borderline craignent d'être abandonnés. Entre autres, la perception d'une séparation ou d'un rejet imminent peut altérer l'image de soi, les affects, la cognition ou le comportement. Ainsi, ces derniers font des efforts effrénés afin d'éviter un abandon, que celui-ci soit réel ou imaginé (APA, 2015). Ces efforts peuvent prendre la forme d'actes impulsifs comme les gestes suicidaires et parasuicidaires décrits précédemment.

Bien qu'une image stéréotypée du trouble de la personnalité borderline soit véhiculée dans les médias et dans la psychologie populaire, il est à noter que de nombreuses combinaisons de caractéristiques sont possibles. En effet, puisque l'*American Psychological Association* (APA) ne demande que la présence de cinq caractéristiques sur neuf, il existe 256 façons de rencontrer les critères diagnostiques du DSM-5 (APA, 2015 ; Blaney, Krueger et Million, 2015). Ainsi, les personnes présentant un trouble de la personnalité borderline sont hétérogènes. Or, certaines caractéristiques fondamentales se trouvent habituellement chez la majorité de ces personnes tels que la perturbation et l'instabilité des relations interpersonnelles, la dérégulation émotionnelle et les comportements impulsifs (Gunderson et Hoffman, 2005).

### **Facteurs d'influence associés à l'étiologie du TPB**

Une multitude de facteurs d'influence ont été identifiés afin d'expliquer l'étiologie du trouble de la personnalité borderline. Ces facteurs sont regroupés en deux (2) grandes catégories, soit les facteurs innés et les facteurs acquis. Bien que chaque facteur pourrait, à lui seul, expliquer le développement de cette pathologie, la recherche suggère que ce serait

habituellement une combinaison complexe de ces facteurs qui contribuerait à son déclenchement (Blondin et al., 2014).

### ***Facteurs d'influence innés***

Les facteurs de risque biologiques ou innés pourraient avoir un rôle à jouer dans la genèse du TPB selon la littérature scientifique (Linehan 1993; 2015). Selon la théorie biosociale de Linehan (1993), le TPB serait principalement caractérisé par un déficit dans la régulation des émotions. Plus précisément, cette théorie conçoit que la pathologie borderline émerge d'une interaction complexe entre un individu présentant des vulnérabilités biologiques et des influences environnementales spécifiques (Linehan, 1993). Les individus présentant un TPB présenteraient donc une vulnérabilité émotionnelle, dès la naissance, les rendant ainsi plus sensibles en contexte émotionnel. En conséquence, les individus présentant une vulnérabilité émotionnelle pourraient (1) être plus sensibles aux stimuli émotionnels (2) faire l'expérience d'émotions plus fréquemment que les autres (3) avoir l'impression que les émotions surviennent sans aucune raison apparente (4) faire l'expérience d'émotions plus intenses que les autres et (5) faire l'expérience d'émotions intenses sur une plus longue période de temps (Linehan, 2015). En d'autres termes, les individus ayant une vulnérabilité émotionnelle, tout comme les individus ayant un TPB, présenteraient une sensibilité émotionnelle accrue, une incapacité à réguler des émotions intenses et un retour lent à leur niveau émotionnel basal. Cette vulnérabilité à une forte émotivité serait grandement influencée par des facteurs biologiques. En effet, la génétique, les facteurs intra-utérins durant la grossesse ainsi que les dommages cérébraux et certaines pathologies physiques après la naissance pourraient induire une vulnérabilité émotionnelle (Linehan, 2015).

Or, la vulnérabilité émotionnelle, à elle seule, n'est pas suffisante pour prédire le développement d'un trouble de la personnalité borderline. En effet, il semble que cette problématique de santé mentale soit le résultat d'une interaction complexe entre un individu présentant des vulnérabilités biologiques et des facteurs environnementaux spécifiques (Linehan, 1993). Ainsi, il semble important de considérer l'influence des facteurs psychosociaux dans le développement du TPB.

### ***Facteurs d'influence acquis***

Les premiers écrits concernant le trouble de la personnalité borderline, introduits par Stern en 1938, portaient déjà, à l'époque, sur le rôle que pouvait jouer l'abus précoce dans le développement du TPB, notant qu'une réelle cruauté, négligence et brutalité de la part des parents sur une période prolongée étaient typiquement observée chez cette population (O'Donohue, Fowler et Lilienfield, 2007). Récemment, le concept de trauma complexe, qui fait référence aux traumatismes interpersonnels vécus sur une période prolongée, incluant non seulement l'abus sexuel et physique, mais aussi la privation émotionnelle, l'inconsistance parentale, l'absence parentale prolongée ainsi que les styles parentaux autoritaires et critiques, est largement discuté dans la littérature comme étant le facteur clé dans l'étiologie du trouble de la personnalité borderline (Knefel, Tran et Lueger-Schuster, 2016; Kulkarni, 2017; MacIntosh, Godbout et Dubash, 2015). En effet, l'expérience de traumatismes à un très jeune âge serait un facteur déterminant puisqu'il conduit à des changements neurobiologiques significatifs, dont des anomalies du système limbique et du cortex cingulaire antérieur, et ainsi, au développement subséquent du TPB (Lewis et Grenyer, 2009). En ce sens, l'étude de Zanarini et ses collègues (1997), menée auprès de 467 patients ayant un trouble de la personnalité, avait pour objectif d'évaluer plusieurs expériences pathologiques vécues durant l'enfance (p. ex. l'abus, la

négligence) chez une population ayant un TPB comparativement à une population ayant un autre type de trouble de la personnalité. Le but de l'étude était de déterminer l'incidence de ces expériences dans l'étiologie de ce trouble circonscrit. Il en ressort de cette étude plusieurs conclusions importantes ayant largement influencé les connaissances dans le domaine.

D'abord, les expériences d'abus et de négligence sont toutes deux extrêmement présentes chez les sujets souffrant du TPB. Plus précisément, 91% de ces individus rapportaient avoir vécu un type d'abus durant l'enfance (p. ex. abus physiques, sexuels, psychologiques, verbaux) alors que 92% rapportaient avoir vécu un type de négligence durant cette même période (Zanarini et al., 1997). En d'autres termes, les individus ayant un diagnostic de trouble de la personnalité borderline ont pratiquement tous vécus une forme d'abus ou de négligence durant leur enfance. Ensuite, ces auteurs ont conclu que la présence concomitante d'expériences infantiles d'abus et de négligence était significativement plus fréquente chez les personnes ayant un TPB que chez les autres personnes. Ainsi peut-on dire que les individus souffrant d'un trouble de la personnalité borderline ont davantage fait l'expérience d'abus et de négligence simultanée que les individus souffrant d'un autre type de trouble de la personnalité. Par ailleurs, l'étude de Zanarini et ses collègues (1997) a illustré, pour la première fois, que les sujets souffrant du TPB ayant été victimes d'abus sexuels durant leur enfance semblaient provenir d'environnements plus chaotiques que les sujets ayant un TPB n'ayant pas été abusés sexuellement. Par conséquent, les abus sexuels vécus durant l'enfance et signalés par les individus ayant un TPB pourraient représenter un marqueur de la sévérité du dysfonctionnement familial qu'ils ont vécu.

Finalement, ces auteurs en sont venus à la conclusion que, lorsque toutes les expériences pathologiques précoces significatives sont prises en compte, l'abus sexuel semble être un facteur non négligeable à considérer dans l'étiologie du trouble de la personnalité borderline, mais que

d'autres facteurs, en particulier la négligence faite par un pourvoyeur de soins, y joue également un rôle important. Depuis, un large éventail de littérature vient confirmer l'importance des traumatismes interpersonnels de la sorte dans l'étiologie du TPB (Ball et Links, 2009; Battle et al., 2004; Golier et al., 2003; Johnson, Cohen, Chen, Kasen et Brook, 2006; Knefel, Tran et Lueger-Schuster, 2016; Kulkarni, 2017; Laporte et Guttman, 1996; MacIntosh, Godbout et Dubash, 2015).

Somme toute, l'environnement familial semble jouer un rôle important dans le développement d'un trouble de la personnalité borderline. Plus précisément, le concept de traumatisme complexe ou interpersonnel a fait ses preuves dans la littérature actuelle comme étant le facteur clé dans l'étiologie du TPB. En effet, plusieurs auteurs suggèrent que les traumatismes interpersonnels vécus durant l'enfance seraient à l'origine du développement de cette problématique de santé mentale et que le trouble de la personnalité borderline serait une manifestation d'expériences traumatiques précoces vécues dans le cadre d'une relation d'attachement avec sa figure parentale (Knefel, Tran et Lueger-Schuster, 2016; Kulkarni, 2017; MacIntosh, Godbout et Dubash, 2015). D'ailleurs, des auteurs ont proposé un modèle théorique permettant d'expliquer le rôle de l'attachement et des traumatismes interpersonnels dans le développement d'un trouble de la personnalité borderline (Bateman et Fonagy, 2004).

### **La théorie de la mentalisation**

La théorie de la mentalisation fut développée à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle par Peter Fonagy, psychanalyste et psychologue clinicien dont les intérêts cliniques portent sur le trouble de la personnalité borderline (TPB) et les relations d'attachement précoces (Fonagy, 1991; Fonagy et Target, 1996; Fonagy et al., 2002). Cette théorie fut d'abord développée afin d'expliquer en quoi les capacités de mentalisation et de régulation des affects d'un individu peuvent déterminer son

développement optimal. Après quoi, Fonagy et ses collègues ont appliqué ce modèle afin d'illustrer le développement de certaines problématiques de santé mentale, dont le trouble de la personnalité borderline (Bateman et Fonagy, 2004).

La mentalisation est décrite comme étant « *la capacité de percevoir et d'interpréter un comportement comme étant lié à des états mentaux* » (Fonagy et Bateman, 2006, p.15, traduction libre). En d'autres termes, la mentalisation implique de porter une attention particulière aux états mentaux, à la fois chez soi-même et chez autrui, et ce, particulièrement lorsque nous tentons d'expliquer certains comportements (Fonagy et al., 2002; Fonagy et Bateman, 2006). Les états mentaux peuvent prendre différentes formes. En effet, les pensées, les croyances, les sentiments et les désirs sont tous considérés comme des états mentaux. Ces états mentaux seraient à l'origine de nos actions, et ce, qu'on en soit conscient ou non (Fonagy et Bateman, 2006). Ainsi, les comportements d'un individu seraient gouvernés par ses propres états mentaux.

Concrètement, la capacité de mentaliser s'avèrerait très utile et nécessaire à la bonne santé psychologique. En effet, cette habileté offre une perspective nuancée à l'égard de nos propres comportements et ceux d'autrui (Fonagy et al., 2002). En d'autres mots, l'action de mentaliser permettrait de tenir compte à la fois de la réalité interne et externe dans le but d'éviter d'entretenir des convictions erronées à l'égard de nos propres comportements et ceux des autres. De plus, la capacité de mentalisation agirait comme un mécanisme de régulation des émotions permettant ainsi à l'individu d'identifier, de moduler et d'exprimer ses affects de façon adéquate (Fonagy et Bateman, 2006). En effet, il semble que l'action de mentaliser permette à l'individu de prendre conscience de ses propres états affectifs et ceux des autres, une étape qui s'avère préliminaire à la régulation émotionnelle (Bateman et Fonagy, 2004). Par conséquent, la mentalisation serait nécessaire à la capacité d'un individu de réguler ses affects. Par ailleurs, la

capacité de mentaliser permettrait de développer un sens cohérent à propos de sa propre identité personnelle (Fonagy et Bateman, 2006). De ce fait, l'action de mentaliser pourrait offrir à l'individu un sentiment de continuité et de contrôle puisqu'il est conscient que ses propres comportements sont gouvernés par des états mentaux (Damasio, 2003; Marcel, 2003). Finalement, la capacité de mentalisation permet à l'individu d'entretenir des relations stables avec autrui (Fonagy et Bateman, 2006). En effet, la mentalisation serait une capacité sociale cognitive clé permettant aux humains de s'organiser en groupes sociaux efficaces.

Or, les dysfonctionnements de la mentalisation peuvent engendrer des difficultés non négligeables chez l'individu et ainsi altérer significativement son fonctionnement. Parmi les difficultés soulevées, on y retrouve des difficultés relationnelles importantes, mais également une détresse subjective qui peut se refléter par le biais de comportements autodestructeurs et un risque suicidaire accru (Fonagy et Bateman, 2006). Ces difficultés sont également reconnues comme des caractéristiques centrales du trouble de la personnalité borderline.

### **Compréhension de l'apparition du TPB selon le modèle de la mentalisation**

Dans les sections suivantes, le modèle de la mentalisation appliqué au développement du trouble de la personnalité borderline (TPB) sera présenté. Brièvement, ce modèle conçoit que l'échec de la mentalisation serait au cœur du trouble borderline. En effet, il semble qu'une capacité limitée à percevoir, de manière précise, les états mentaux chez soi-même et autrui (c.-à-d., un déficit de la mentalisation), dans le cadre spécifique des relations d'attachement, pourrait expliquer plusieurs manifestations du TPB, dont l'impulsivité, les difficultés à gérer des émotions ainsi que les difficultés à entretenir des relations (Fonagy, Target et Gergely, 2000). Les déficits de la mentalisation apparaîtraient très tôt dans le développement d'un individu. En ce sens, ce modèle conçoit que les traumatismes vécus durant l'enfance, tout comme un style

d'attachement insécurisant entre l'enfant et son parent, constitueraient la principale cause pouvant expliquer l'échec de la mentalisation chez un individu (Fonagy et Luyten, 2009).

### ***Rôle du style d'attachement et du traumatisme interpersonnel dans le développement du TPB***

Fonagy et Luyten (2009) ont peaufiné la théorie de la mentalisation dans le but d'élaborer un modèle développemental tenant compte de la présence d'un style d'attachement insécurisant et de l'adversité vécue durant l'enfance afin d'expliquer le développement du trouble de la personnalité borderline.

Dans un premier temps, rappelons que le style d'attachement désigne un patron relationnel emprunté par l'individu afin de s'engager émotionnellement auprès de son entourage et par lequel il régule ses émotions négatives en cas de menace (Ainsworth, 1978 ; Bowlby, 1980). Ce style d'attachement oriente les comportements de l'individu non seulement lorsqu'il est enfant, mais également dans sa vie adulte et amoureuse (Guédeney et Guédeney 2015). Le développement d'un style d'attachement insécurisant, durant l'enfance, se produit généralement lorsque le pourvoyeur de soins ne répond pas aux besoins de proximité de son enfant avec constance et efficacité (Bowlby, 1969; Bowlby, 1973; Bowlby, 1979). Plus précisément, lorsque la figure d'attachement principale est négligente ou abusive envers son enfant, l'habileté de l'enfant à réguler ses émotions et à développer un attachement sécurisant est limitée (Aideuis, 2007).

Le modèle développemental de Fonagy et Luyten (2009) s'inspire de la prémisse que le développement des capacités de mentalisation de l'enfant s'opère dans le contexte de la relation d'attachement qu'il développe avec son parent. En effet, selon ces auteurs, le développement de la mentalisation dépend de la co-construction des états mentaux internes entre l'enfant et son parent. En d'autres termes, le développement de la capacité de mentaliser serait le résultat de la

communication émotionnelle entre l'enfant et son parent, lors de laquelle les états internes de l'enfant lui sont reflétés par sa figure parentale sous la forme d'un jeu de miroir légèrement accentué (Bateman et Fonagy, 2004). Ainsi, le développement optimal de la mentalisation se produirait dans le contexte d'une relation d'attachement sécurisante avec les pourvoyeurs de soins. En ce sens, ce serait par le biais des réponses constantes et congruentes de la part des figures d'attachement que nous pourrions acquérir une compréhension des autres en tant qu'entités psychologiques (Bateman et Fonagy, 2004).

De l'autre côté, il semble que les individus présentant des lacunes sur le plan de la mentalisation présenteraient généralement un attachement de type insécurisant (Slade et al., 2005). Il importe de préciser que le développement d'un style d'attachement insécurisant, durant l'enfance, se produirait généralement lorsque le pourvoyeur de soins ne répond pas aux besoins de proximité de son enfant avec constance et efficacité (Bowlby, 1969). Cette incapacité à répondre aux besoins émotionnels de son enfant affecterait, par le fait même, le développement de ses habiletés de mentalisation puisque le parent n'aide pas son enfant à identifier ses propres sentiments et ceux qu'il évoque chez les autres (Fonagy et Luyten, 2009). En d'autres termes, l'attachement insécurisant ne favoriserait pas le développement optimal de la mentalisation. Au contraire, ce type d'attachement contribuerait davantage à l'échec de cette habileté essentielle à l'équilibre psychologique. C'est en ce sens que Fonagy et Target (2002) ont suggéré qu'une pauvre mentalisation, manifestée par le parent à l'égard de son enfant, nuit au développement sain de certaines habiletés sociales et cognitives de l'enfant, dont sa capacité de régulation affective qui apparaît déficitaire chez les individus aux prises avec un trouble de la personnalité borderline.

Tel que mentionné précédemment, c'est par le biais de la relation d'attachement avec les principaux pourvoyeurs de soins que l'enfant peut acquérir les habiletés nécessaires au développement de la mentalisation. Or, lorsqu'il y a présence d'abus ou de négligence de la part de la figure d'attachement, cette relation d'attachement devient non sécuritaire et donc non-propice au développement de cette habileté. C'est dans cette optique que Fonagy et Bateman (2006) ont suggéré que le traumatisme psychologique vécu durant l'enfance représente le facteur de risque le plus important lorsque l'on parle de déficit de la mentalisation. Plus précisément, Fonagy et Bateman (2006) suggèrent que les traumatismes vécus dans le cadre d'une relation d'attachement à l'enfance font obstacle à la capacité de réfléchir à nos propres états mentaux et ceux d'autrui (c.-à-d. la mentalisation). Dans l'intention de se protéger, en tant que victime de traumatisme, la capacité de mentalisation serait alors inhibée dans des contextes relationnels spécifiques où un traumatisme interpersonnel est survenu puisque le simple fait de réfléchir aux états mentaux des personnes qui sont à la fois des figures d'attachement et les auteurs de l'abus provoquerait une souffrance inestimable chez la victime (Fonagy et Bateman, 2006). En conséquence, les traumatismes interpersonnels, perpétrés par une figure d'attachement, ont un impact, non seulement sur le développement optimal des capacités de mentalisation, mais aussi sur le style d'attachement de l'enfant qui tendra alors à être non-sécuritaire. Il n'est donc pas surprenant d'apprendre que la majorité des individus ayant un trouble de la personnalité borderline rapportent avoir vécu un traumatisme interpersonnel durant leur enfance (Afifi et al., 2011; Bandelow et al., 2005; Lewis et Grenyer, 2009; Zanarini et al., 1997) et que de nombreuses études ont démontré une association claire entre le trouble de la personnalité borderline et un attachement insécurisant (Aaronson et al., 2006 ; Levy, Meehan, Weber, Reynoso et Clarkin, 2005).

Compte tenu de ce qui précède, il semble que les traumatismes interpersonnels vécus durant l'enfance ainsi qu'un style d'attachement insécurisant puissent prédisposer les individus au développement d'un trouble de la personnalité borderline une fois adulte (Fonagy et Luyten, 2009). En effet, la négligence émotionnelle précoce ainsi qu'un attachement insécurisant semblent restreindre la possibilité de développer l'ensemble des capacités de mentalisation. En conséquence, les capacités de mentalisation de ces individus sont plus fragiles et donc plus facilement perturbables sous l'influence d'un stress ultérieur, surtout lorsque le stresser survient dans le cadre d'une relation interpersonnelle (Fonagy et Luyten, 2009).

### ***Le rôle de l'alexithymie dans le développement du TPB***

L'impact délétère des traumatismes vécus à l'enfance (p. ex., les abus sexuels chez l'enfant, la négligence physique ou psychologique chez l'enfant, la violence parentale, être témoin de violence conjugale et autres types de mauvais traitements), tout comme celui d'un attachement insécurisant est maintenant bien démontré dans la littérature. Tel que mentionné précédemment, de telles expériences ont des répercussions sur le développement de l'enfant et ont été associées à plusieurs difficultés dans tous les domaines de fonctionnement de l'adulte, incluant des difficultés relationnelles et psychologiques (Paris, 2018, cité dans Livesley et Larstone, 2018). Compte tenu de la proportion non négligeable d'attachement insécurisant et de traumatismes infantiles rapportés par les individus souffrant d'un TPB, plusieurs auteurs se sont intéressés aux mécanismes pouvant expliquer l'influence des traumatismes infantiles et d'un style d'attachement insécurisant dans le développement du trouble de la personnalité borderline. Parmi les variables ayant retenu l'attention des chercheurs, les déficits de la régulation des affects ont fait l'objet d'un intérêt dans le domaine de la recherche pour expliquer la relation entre les traumatismes interpersonnels, l'attachement insécurisant et le trouble de la personnalité

borderline (Bateman et Fonagy, 2004; van Dijke et al., 2010 ; van Dijke et al., 2013 ; Zittel Conklin, Bradley et Westen, 2006).

La régulation des affects se définit comme étant la capacité de contrôler et de moduler notre réponse émotionnelle (Fonagy, Gergely, Jurist et Target, 2002). La mentalisation joue un rôle clé dans l'acquisition de cette habileté. En effet, il semble que l'action de mentaliser permette de réguler et contenir les émotions, ce qui permet de prendre du recul dans une situation chargée émotionnellement et d'adopter une position nuancée face aux événements (Fonagy et Bateman, 2006). Ainsi, les habiletés de régulation émotionnelle seraient une manifestation de la capacité de mentalisation d'un individu. D'ailleurs, Fonagy et Luyten (2018) suggèrent l'utilisation de questionnaires mesurant les habiletés de gestion émotionnelle pour mesurer les capacités de mentalisation d'un individu.

Selon Fonagy (1991), l'échec de la mentalisation chez un individu engendrerait de graves conséquences. Parmi celles-ci, on retrouve les déficits dans la régulation émotionnelle, dont l'alexithymie, qui se définit comme étant un engourdissement et une incapacité à reconnaître et à exprimer ses émotions. Plus précisément, les individus qui souffrent d'alexithymie peuvent présenter une difficulté à identifier, différencier, comprendre et communiquer leurs émotions. Cet « *engourdissement émotionnel* » serait au cœur de plusieurs caractéristiques essentielles du trouble de la personnalité borderline, dont une instabilité émotionnelle et des comportements impulsifs (APA, 2013; Crowell, Beauchaine et Linehan, 2009). En ce sens, les déficits de la régulation des affects ont été identifiés comme étant l'une des caractéristiques principales du trouble de la personnalité borderline et sous-tend plusieurs comportements associés au TPB, dont les comportements autodestructeurs non suicidaires. D'ailleurs, une étude a permis de démontrer que l'alexithymie serait une caractéristique souvent en cause, à la fois lorsqu'on s'intéresse aux

individus ayant un TPB et à ceux ayant des comportements autodestructeurs (Norman et Borrill, 2015). Or, très peu d'études ont été recensées sur le sujet. En effet, les chercheurs s'intéressant à l'alexithymie dénoncent le manque de littérature permettant de comprendre les facteurs prédisposant à l'alexithymie ainsi que le rôle qu'elle joue dans le développement ultérieur d'une psychopathologie (Pugliese, Lecours et Boucher, 2019).

### **En résumé**

Le modèle théorique développé par Fonagy (1991) permet de comprendre que les traumatismes vécus durant l'enfance, et particulièrement les gestes abusifs répétés commis par des figures d'attachement, engendrent des conséquences sur le développement des capacités de mentalisation de l'enfant et interfèrent, par le fait même, avec le développement d'une relation d'attachement parent-enfant sécurisante. Le développement d'un style d'attachement insécurisant, combiné au vécu de traumatismes infantiles perpétrés par les principaux pourvoyeurs de soins, semble générer certains déficits dans la capacité de mentaliser, et par conséquent, affecte la régulation des émotions. Ceci peut induire des symptômes d'alexithymie qui interfèrent avec la capacité à reconnaître et exprimer les émotions adéquatement et qui perdureront bien au-delà de la période de l'enfance. En effet, les déficits de la capacité de mentalisation peuvent occasionner des difficultés psychologiques et sociales importantes une fois adulte et ainsi avoir un impact significatif sur le fonctionnement quotidien. Parmi les difficultés notées, on retrouve des défis dans la gestion des émotions, de l'impulsivité sur le plan des comportements ainsi que des difficultés à entretenir des relations interpersonnelles (Fonagy et Bateman, 2006). Ces difficultés sont d'ailleurs reconnues dans la littérature comme des dimensions centrales du trouble de la personnalité borderline (Sanislow et al., 2000; Coutanceau et Smith, 2013).

Or, bien que le modèle de Fonagy (1991) permette de faire des liens théoriques entre l'expérience de traumatismes interpersonnels, l'attachement insécurisant et l'alexithymie comme facteurs étiologiques du TPB, ces liens n'ont pas été vérifiés par la recherche empirique ou ont seulement été vérifiés individuellement. Ainsi, personne ne s'est intéressé à analyser la complexité des liens entre toutes ces variables lorsqu'elles sont intégrées dans un modèle multidimensionnel. Pourtant, des auteurs soulignent l'importance de futures recherches empiriques multivariées visant à mettre en lumière les moyens par lesquels les traumatismes infantiles peuvent contribuer au développement du TPB (McLean et Gallop, 2003).

### **LA PRÉSENTE ÉTUDE**

Adresser les lacunes actuelles comporte plusieurs avantages, à la fois sur le plan théorique et clinique. Dans un premier temps, un modèle théorique et intégratif sera proposé, où l'influence conjointe des divers facteurs prédisposant le TPB, dont l'effet est connu, sera étudiée de façon concomitante. Ceci permettra de consolider l'information connue dans la littérature scientifique en plus de fournir de l'information supplémentaire sur les liens entre ces variables. Par le fait même, cette étude permettra de départager l'influence unique et la variance commune de plusieurs facteurs clés dans le développement et le maintien du trouble borderline. Dans un deuxième temps, l'importance de combler ces lacunes réside dans les avancés dont pourraient bénéficier les traitements destinés aux patients présentant un trouble borderline. En ce sens, l'identification de facteurs prédisposant l'alexithymie constituerait un levier important dans l'intervention en psychothérapie. En effet, les cliniciens pourraient intervenir directement sur ces facteurs et ainsi contribuer à l'amélioration des déficits associés à l'alexithymie. Ceci pourrait ensuite favoriser une diminution des caractéristiques borderline associées. Ainsi, la présente étude pourrait constituer une ouverture à ce pan de la recherche.

## **Question, objectifs de recherche et hypothèses**

À la lumière des lacunes actuelles concernant la compréhension du trouble de la personnalité borderline selon un modèle multidimensionnel, cette recherche a pour but d'apporter une contribution originale à la littérature scientifique. En ce sens, nous voulons comprendre comment les variables intrapersonnelles (c.-à-d., l'alexithymie, le style d'attachement) et interpersonnelles (c.-à-d., les traumatismes interpersonnels) affectent les caractéristiques du trouble borderline. Cette étude comporte donc trois objectifs. Le premier objectif consiste à démontrer qu'il existe une différence significative entre nos deux groupes (clinique et témoin) à la fois sur le plan du vécu de traumatismes interpersonnels durant l'enfance, du style d'attachement et des symptômes d'alexithymie. Le deuxième objectif est de vérifier le lien entre un traumatisme interpersonnel vécu durant l'enfance, le style d'attachement, l'alexithymie et le trouble de la personnalité borderline à l'âge adulte (voir figure 1). Cet objectif comprend donc l'exploration des facteurs prédisposant à l'alexithymie, un élément qui n'a encore jamais été exploré par les chercheurs (Pugliese, Lecours et Boucher, 2019). Le troisième objectif de la présente étude est d'explorer l'incidence de l'alexithymie sur les différentes manifestations du TPB (p. ex., l'impulsivité, les comportements autodestructeurs non suicidaires), et ce, dans le but de répondre aux lacunes actuelles dans la littérature scientifique.

Les résultats de ce projet de recherche permettront de tester un modèle théorique (voir figure 1) dans lequel nous proposons l'existence de liens entre les expériences traumatiques à l'enfance, le développement d'un style d'attachement insécurité, l'alexithymie et le trouble de la personnalité borderline. Plus précisément, ce modèle suggère (1) que les traumatismes vécus durant l'enfance, et particulièrement les gestes abusifs ou négligents perpétrés par les figures d'attachement, pourraient conduire au développement d'un style d'attachement insécurisé; (2)

que les expériences traumatisantes et un style d'attachement insécurisé pourraient conduire à des difficultés émotionnelles et plus particulièrement à l'alexithymie; et (3) que toutes ces variables pourraient conduire au développement d'un trouble de la personnalité borderline.

### ***Objectif 1***

Nos premières hypothèses de recherche supposent qu'il existera des différences statistiquement significatives entre les deux groupes (clinique et témoin), à la fois sur le plan du vécu de traumatismes interpersonnels durant l'enfance, du style d'attachement et des symptômes d'alexithymie.

**Hypothèse 1.** Notre première hypothèse de recherche a pour objectif d'étudier les différences entre les groupes (clinique et témoin) quant à l'expérience de traumatismes interpersonnels vécus durant l'enfance. Il est prévu qu'il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes. Ainsi, nous croyons que les individus appartenant au groupe clinique (TPB) rapporteront, en plus grande proportion, avoir vécu des expériences traumatisantes contrairement au groupe témoin.

**Hypothèse 2.** Cette hypothèse de recherche a pour but d'analyser les différences entre les groupes (clinique et témoin) quant à leur style d'attachement à l'âge adulte. Il est prévu qu'il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes. Ainsi, nous croyons que les individus appartenant au groupe clinique (TPB) rapporteront, en plus grande proportion, avoir un attachement insécurisant contrairement au groupe témoin.

**Hypothèse 3.** La présente hypothèse de recherche a pour but d'explorer les différences entre les groupes (clinique et témoin) quant à leur niveau de symptômes d'alexithymie. Il est prévu qu'il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes. Ainsi, nous croyons que les individus appartenant au groupe clinique (TPB) rapporteront, en plus grande

proportion, avoir des symptômes élevés d'alexithymie contrairement au groupe témoin.

## **Objectif 2**

Les six hypothèses suivantes ont été formulées afin de vérifier le lien entre un traumatisme interpersonnel vécu durant l'enfance, le style d'attachement, l'alexithymie et le trouble de la personnalité borderline à l'âge adulte.

**Hypothèse 4.** Cette hypothèse de recherche a pour objectif d'étudier la relation entre les traumatismes interpersonnels vécus durant l'enfance (p. ex., abus sexuels, abus physiques, négligence) et le style d'attachement des individus. Il est prévu qu'il existe une relation positive et significative entre ces deux variables. Ainsi, nous croyons que de telles expériences traumatiques seront associées à un style d'attachement insécurisant à l'âge adulte. Les résultats obtenus au *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) et au *Relationship Questionnaire* (RQ) seront utilisés afin de vérifier l'association entre ces deux variables.

**Hypothèse 5.** La présente hypothèse de recherche a pour but d'analyser le lien entre les traumatismes interpersonnels vécus durant l'enfance et les symptômes d'alexithymie. Il est anticipé qu'il y aura une association positive et significative entre ces deux variables. Nous croyons donc que les victimes de traumatismes interpersonnels rapporteront des niveaux élevés d'alexithymie. Les résultats obtenus au *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) et au *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) seront utilisés afin de vérifier l'association entre ces deux variables.

**Hypothèse 6.** Cette hypothèse de recherche a pour objectif de vérifier la relation entre le style d'attachement d'un individu et les symptômes d'alexithymie. Il est attendu qu'une relation positive et significative existe entre ces deux variables. Ainsi, nous croyons que les individus ayant un attachement insécurisant à l'âge adulte rapporteront des niveaux élevés d'alexithymie.

Les résultats obtenus au *Relationship Questionnaire* (RQ) et au TAS-20 seront utilisés afin de vérifier l'association entre ces deux variables.

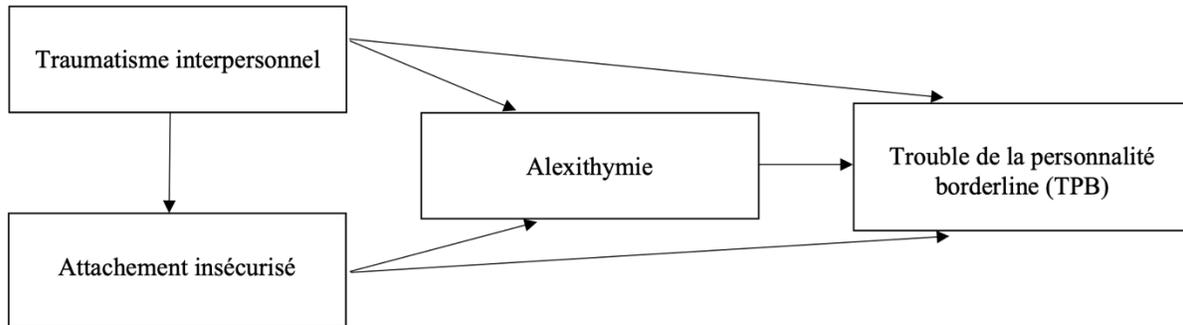
**Hypothèse 7.** Pour sa part, la présente hypothèse de recherche vise à explorer le lien entre les traumatismes interpersonnels vécus durant l'enfance et le trouble de la personnalité borderline. Il est prévu qu'il existe une relation positive et significative entre ces deux variables. Nous croyons donc que de telles expériences traumatiques seront associées au trouble de la personnalité borderline. Les résultats obtenus au CTQ et au *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder* (ZAN-BPD) seront utilisés afin de vérifier l'association entre ces deux variables.

**Hypothèse 8.** Cette hypothèse de recherche a pour but d'étudier la relation entre le style d'attachement d'un individu et le trouble borderline. Il est anticipé qu'il y aura une association positive et significative entre ces deux variables. En conséquence, nous croyons que la présence d'un attachement insécurisant à l'âge adulte sera associée au trouble de la personnalité borderline. Les résultats obtenus au RQ et au ZAN-BPD seront utilisés afin de vérifier l'association entre ces deux variables.

**Hypothèse 9.** Finalement, cette sixième hypothèse de recherche vise à analyser la relation entre les symptômes d'alexithymie et le trouble borderline. Il est attendu qu'une relation positive et significative existe entre ces deux variables. Ainsi, nous croyons que de hauts niveaux d'alexithymie seront associés au trouble de la personnalité borderline. Les résultats obtenus au TAS-20 et au ZAN-BPD seront utilisés afin de vérifier l'association entre ces deux variables.

## **Figure 1**

*Modèle théorique expliquant les facteurs prédisposant au TPB et à l'alexithymie*



### **Objectif 3**

Les deux hypothèses suivantes, en lien avec le deuxième objectif énuméré ci-haut, ont été formulées. Rappelons que le but de cet objectif est d’explorer l’incidence de l’alexithymie sur les différentes manifestations du trouble borderline (p. ex., l’impulsivité, les comportements autodestructeurs non suicidaires).

**Hypothèse 10.** Cette hypothèse de recherche a pour but d’étudier la relation entre les symptômes d’alexithymie et les symptômes d’impulsivité. Il est anticipé qu’il y aura une association positive et significative entre ces deux variables. En conséquence, nous croyons que la présence de hauts niveaux d’alexithymie sera associée aux comportements d’impulsivité retrouvés chez la population borderline. Les résultats obtenus au (TAS-20) et au *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11) seront utilisés afin de vérifier l’association entre ces deux variables.

**Hypothèse 11.** Cette hypothèse de recherche a pour but d’étudier le lien entre les symptômes d’alexithymie et les comportements autodestructeurs non suicidaires. Il est projeté qu’il y aura une association positive et significative entre ces deux variables. Ainsi, nous croyons que la présence de hauts niveaux d’alexithymie sera associée aux comportements autodestructeurs non suicidaires retrouvés chez la population borderline. Les résultats obtenus au

TAS-20 et au *Self-Harm Inventory* (SHI) seront utilisés afin de vérifier l'association entre ces deux variables.

## CHAPITRE III – MÉTHODE

## MÉTHODE

### Devis de recherche

Un devis corrélationnel et transversal a été utilisé dans cette recherche. Ce devis permet d'établir des associations entre les différentes variables, de formuler des prédictions et de suggérer des pistes pour de futures recherches.

### Participants

L'échantillon utilisé pour la présente étude est constitué de deux groupes. Le groupe clinique regroupe des participants qui ont reçu un diagnostic de trouble de la personnalité borderline par un professionnel de la santé (p. ex. psychiatre, médecin, psychologue). Les participants du groupe clinique ont été sollicités soit à la clinique externe de santé mentale de l'Hôpital Montfort, dans diverses cliniques privées en psychologie ou par le biais des réseaux sociaux. Le groupe non clinique avec variabilité optimisée est, pour sa part, composé de participants qui ne rapportent pas de diagnostic de trouble de santé mentale. Les participants du groupe non clinique ont été sollicités lors de présentation à l'Université du Québec en Outaouais ou par le biais des réseaux sociaux. Pour participer à l'étude, les participants devaient être âgés de 18 ans et plus, comprendre et lire le français ou l'anglais et ne pas présenter de déficits cognitifs sévères. Au total 128 participants correspondant à l'ensemble de ces critères ont répondu aux questionnaires. À noter que 3 participants ont dû être écartés des analyses en raison d'un trop grand nombre de données manquantes.

L'échantillon final était composé de 125 participants, dont 63 faisaient partie du groupe clinique et 62 du groupe non clinique. Tous les participants ont répondu à la version française des questionnaires. Les participants étaient âgés entre 22 et 46 ans ( $M= 32,04$  ans,  $E.T.= 8,56$ ).

Voir le tableau 2 pour l'ensemble des données sociodémographiques du groupe clinique et le tableau 3 pour les données sociodémographiques du groupe non clinique.

**Tableau 2**

*Données sociodémographiques du groupe clinique.*

Variable	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Sexe</b>		
Masculin	5	7,9
Féminin	58	92,1
<b>Langue maternelle</b>		
Français	49	77,8
Anglais	10	15,9
Autre	4	6,3
<b>Origine ethnique</b>		
Africaine	1	1,7
Arabe	1	1,7
Asiatique	0	0
Autochtone	1	1,7
Caucasienne	52	88,1
Autre :	4	6,8
<b>Niveau de scolarité</b>		
Secondaire non complété	7	11,1
Secondaire complété	16	25,4
Études professionnelles	7	11,1
Études collégiales	18	28,6
1 <sup>er</sup> cycle universitaire	9	14,3
2 <sup>e</sup> cycle universitaire	3	4,8
3 <sup>e</sup> cycle universitaire	1	1,6
Autre	2	3,2
<b>Occupation principale</b>		
Bénéficiaire de l'aide social	7	11,1
Chômeur(se)	2	3,2
Étudiant(e)	11	17,5
Homme (femme) au foyer	5	7,9

Travail à temps plein	21	33,3
Travail à temps partiel	11	17,5
Arrêt de travail	6	9,5
Retraité(e)	0	0
<b>Revenu</b>		
Moins de 10 000\$	13	22,4
10 000 à 24 999\$	23	39,7
25 000 à 34 999\$	8	13,8
35 000 à 54 999\$	8	13,8
55 000 à 74 999\$	5	8,6
75 000 à 99 999\$	1	1,7
100 000 et plus	0	0
<b>Enfant</b>		
Oui	32	51,6
Non	30	48,4
<b>En couple</b>		
Oui	42	66,7
Non	21	33,3

**Tableau 3**

*Données sociodémographiques du groupe non clinique.*

Variable	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Sexe</b>		
Masculin	17	27,4
Féminin	45	72,6
<b>Langue maternelle</b>		
Français	60	96,8
Anglais	1	1,6
Autre	1	1,6
<b>Origine ethnique</b>		
Africaine	0	0
Arabe	3	5,2
Asiatique	0	0
Autochtone	2	3,4
Caucasienne	51	87,9
Autre :	2	3,4

<b>Niveau de scolarité</b>		
Secondaire non complété	0	0
Secondaire complété	2	3,2
Études professionnelles	2	3,2
Études collégiales	24	38,7
1 <sup>er</sup> cycle universitaire	23	37,1
2 <sup>e</sup> cycle universitaire	6	9,7
3 <sup>e</sup> cycle universitaire	4	6,5
Autre	1	1,6
<b>Occupation principale</b>		
Bénéficiaire de l'aide social	0	0
Chômeur(se)	0	0
Étudiant(e)	31	50
Homme (femme) au foyer	1	1,6
Travail à temps plein	18	29,0
Travail à temps partiel	8	12,9
Arrêt de travail	1	1,6
Retraité(e)	3	4,8
<b>Revenu</b>		
Moins de 10 000\$	10	16,9
10 000 à 24 999\$	17	28,8
25 000 à 34 999\$	2	3,4
35 000 à 54 999\$	10	16,9
55 000 à 74 999\$	6	10,2
75 000 à 99 999\$	4	6,8
100 000 et plus	10	16,9
<b>Enfant</b>		
Oui	20	32,3
Non	42	67,7
<b>En couple</b>		
Oui	43	69,4
Non	19	30,6

---

## **Procédure**

Avant de procéder au recrutement des participants et à la cueillette de données, une déclaration éthique ainsi qu'une demande de certificat éthique pour la recherche auprès des êtres humains ont été soumises au comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (UQO, voir annexe A). Un autre certificat éthique a été demandé auprès de l'Hôpital Montfort (voir annexe B). Une fois les demandes approuvées et les certificats émis, le recrutement a été effectué à la clinique externe de santé mentale de l'Hôpital Montfort, à diverses cliniques privés (p. ex. le 555 clinique multi, Imavi), à l'Université du Québec en Outaouais et sur les réseaux sociaux. Pour ce faire, des affiches publicitaires ont été apposées à des endroits stratégiques, des dépliants ont été distribués et des présentations ont été effectuées dans les différents milieux de recrutement. Les participants intéressés ont été invités à remplir le formulaire de consentement et à répondre aux divers questionnaires sur place ou en ligne, via la plateforme Lime Survey. Afin d'assurer la confidentialité des participants, les informations identificatoires ont été remplacées par des codes numériques. Toutes informations susceptibles de mener à leur identification (nom, numéro de téléphone, courriel...) ont été gardées dans un classeur verrouillé séparément des données recueillies. De plus, il leur était possible de cesser leur participation à l'étude à n'importe quel moment de la rencontre. Finalement, les participants avaient à leur disposition les coordonnées téléphoniques d'un psychologue de l'Ordre des psychologues du Québec (Paul S. Greenman) s'ils ressentaient le besoin de parler avec un professionnel certifié.

## **Instruments**

Dans un premier temps, les participants devaient répondre à un court questionnaire sociodémographique (voir annexe C). Six autres questionnaires autorapportés ont permis de

mesurer les aspects relatifs aux traumatismes complexes vécus durant l'enfant, à l'attachement général, aux diverses caractéristiques du trouble de la personnalité borderline (p. ex. impulsivité et automutilation) ainsi qu'à l'alexithymie (difficulté à communiquer ses émotions).

### ***Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)***

Développé par Bagby et ses collègues (1994) et traduit en français par Loas et ses collègues (2001), le *Toronto Alexithymia Scale* est une mesure autorapportée qui comprend 20 items dont l'objectif est de mesurer trois facteurs soit, la difficulté à identifier ses sentiments, la difficulté à décrire ses sentiments et l'identification d'une pensée orientée vers l'extérieur (Bagby et al., 1994, voir annexe D). Sur une échelle de Likert en cinq points, les participants devaient indiquer leur niveau d'accord ou de désaccord avec les affirmations proposées (1 = désaccord complet ; 5 = accord complet). Un score inférieur à 51 au TAS-20 signifie l'absence d'alexithymie alors qu'un score supérieur à 61 indique la présence d'alexithymie. Les scores se situant entre 52 à 60 indiquent, pour leur part, la présence possible d'alexithymie. Cet outil fait preuve de bonnes qualités psychométriques. En effet, sa cohérence interne est acceptable avec un alpha de Cronbach 0,81 et il fait preuve d'une bonne fidélité test-retest (0,74,  $p < .01$ ) (Kooiman, Spinhoven, et Trijsburg, 2002).

### ***Relationship Questionnaire (RQ)***

Initialement développé par Bartholomew et Horowitz (1991), le *Relationship Questionnaire* a été traduit et adapté à la langue française par Lussier (2018). Le *RQ* est une mesure autorapportée comportant cinq items (voir annexe E) qui avait pour objectif de mesurer le style d'attachement présent chez les participants. Pour s'y faire, les participants devaient d'abord lire quatre courts paragraphes dans lesquelles les quatre types d'attachement (sécurisant,

anxieux, craintif et évitant) étaient résumés. Ensuite, ils devaient (1) indiquer lequel des quatre énoncés correspondait le plus à leur façon habituelle d'entrer en relation et (2) indiquer sur une échelle de Likert en 7 points (1= fortement en désaccord ; 4 = neutre ou mixte ; 7= fortement en accord) à quel point ils se reconnaissaient dans chacune de ces quatre descriptions.

L'endossement de l'un des quatre énoncés permet ensuite de déterminer le style d'attachement du participant, tel qu'il le perçoit. Diverses études ont mis en lumière les qualités psychométriques de cet instrument, notamment en ce qui concerne la fidélité ainsi que la validité de type prédictive, discriminante et convergente (Bartholomew et Horowitz, 1991; Bartholomew et Shaver, 1998; Griffin et Bartholomew, 1994).

### ***Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder: Self-report Version (ZAN-BPD)***

L'échelle d'évaluation de Zanarini pour le trouble de la personnalité borderline, élaborée par Zanarini et Frankenburg (2008), est une mesure autorapportée comportant 9 items (voir annexe F). Cet outil de mesure comporte une échelle de notation à cinq niveaux pour chacun des neuf critères du TPB définis dans le DMS-IV. Les participants devaient évaluer à quel point ils avaient souffert de chacun des symptômes énoncés durant la semaine qui venait de s'écouler, et ce, sur l'échelle suivante (0= pas de symptômes ; 4= symptômes sévères). Cette mesure fait preuve de bonnes qualités psychométriques. En effet, l'étude de validation de la version autorapportée du *ZAN-BPD* a permis d'illustrer que cette mesure a une bonne cohérence interne, avec un alpha de Cronbach de 0.84 (Zanarini, Weingeroff, Frankenburg et Fitzmaurice, 2015). De plus, cette même étude démontre que le *ZAN-BPD* a une validité convergente ainsi qu'une fidélité test-retest satisfaisantes. Ce questionnaire a été traduit en français par l'équipe de recherche par le biais de la méthode de traduction inversée proposée dans l'étude de Malalagama et ses collègues (2018).

### ***Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)***

La première version du *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11) a été développée par Barratte en 1985. Elle a été ensuite révisée à plusieurs reprises et traduite en français par Baylé et ses collègues (2007, voir annexe G). Aujourd'hui, le BIS-11 est une mesure autorapportée comprenant 30 items dont l'objectif est de mesurer les comportements impulsifs (voir annexe X). Ainsi, les participants devaient indiquer, sur une échelle de type Likert en quatre points (1= rarement/jamais ; 4= presque toujours), à quel point les énoncés étaient vrais pour eux. Ce test comprend trois sous-échelles mesurant l'impulsivité, soit l'impulsivité cognitive, l'impulsivité motrice et les difficultés de planification. Cet outil fait preuve de bonnes qualités psychométriques. En effet, l'étude de Gélinas, Balbinotti et Labonté (2015) révèle une bonne cohérence interne, avec un alpha de Cronbach de 0.83. De plus, cette mesure rapporte une validité convergente, une validité discriminante et une fidélité qui sont jugées satisfaisantes.

### ***Self-Harm Inventory (SHI)***

Conçu par Sansone, Wiederman et Sansone (1995), le *Self-Harm Inventory (SHI)* a pour objectif de mesurer les comportements autodestructeurs (voir annexe H). Ce questionnaire est composé de 22 items, chacun étant formulé de la façon suivante « *avez-vous déjà intentionnellement ou volontairement...* » pour renforcer le contexte délibéré et conscient des actions. Chaque item pose une question de type dichotomique pouvant être répondu par « *oui* » ou « *non* ». Ce questionnaire permet également de prédire le diagnostic du trouble de la personnalité borderline. En effet, un score de 5 ou plus au SHI est prédictif d'un trouble de personnalité borderline dans 84% des cas (Sansone, Wiederman et Sansone, 1998). Diverses études ont mis en lumière les qualités psychométriques de cet instrument. Notamment, la fidélité interjuge, la cohérence interne ainsi que la validité du test ont été démontrées (Sansone et

Wiederman, 2015; Sansone, Wiederman et Sansone, 1998). Ce questionnaire a été traduit en français par l'équipe de recherche par le biais de la méthode de traduction inversée proposée dans l'étude de Malalagama et ses collègues (2018).

### ***Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)***

Conçu par Bernstein, Fink, Handelsman et Foote (1994) et traduit en français par Paquette et ses collègues (2004), le *Childhood Trauma Questionnaire-version courte* consiste en une mesure autorapportée composée de vingt-huit items (voir annexe I). Cette mesure est rétrospective et permet de rendre compte des divers traumatismes infantiles survenus avant l'âge de 17 ans. Ce questionnaire permet également de recueillir de l'information quant à la sévérité des traumatismes vécus durant l'enfance par le biais de quatre sous-échelles (violence psychologique, sévices corporels, abus sexuels ainsi que négligence physique et émotionnelle). Ainsi, les participants devaient indiquer, sur une échelle en cinq points de type Likert (1 = jamais vrai ; 5 = très souvent vrai), la fréquence d'apparition de comportements potentiellement traumatiques. Plus le résultat est élevé à ce questionnaire, plus la sévérité du traumatisme est élevée. Cet instrument dispose d'une cohérence interne dite satisfaisante (coefficient  $\alpha = 0,95$ ) pour l'échelle totale et présente une bonne fidélité test-retest (Spearman  $\rho = 0,88$ ). De plus, il présente une bonne validité convergente et discriminante (Feindler, Rathus et Silver, 2003).

## CHAPITRE IV – RÉSULTATS

## RÉSULTATS

### Analyses statistiques préliminaires

Avant de procéder aux analyses statistiques, les valeurs manquantes ont, dans un premier temps, été traitées. Tout d'abord, trois participants ont été écartés des analyses puisque la proportion des données manquantes de leurs questionnaires était supérieure à 10%. Ensuite, les valeurs manquantes des autres participants ont été estimées grâce à la méthode d'imputation simple non aléatoire. Cette méthode consiste à remplacer la valeur manquante à une variable donnée par la moyenne du groupe obtenu à ladite valeur manquante.

Dans un deuxième temps, un nettoyage des données a été effectué. Pour le faire, les scores Z pour les variables à l'étude ont été générés afin de gérer les cas extrêmes univariés. Les scores Z ont ensuite été scrutés afin de repérer les valeurs supérieures à  $\pm 3,29$  ( $p < .001$ ). Aucun cas extrême univarié n'a été détecté. Les distances de Mahalanobis ont ensuite été générées pour les variables à l'étude, et ce, afin de gérer les cas extrêmes multivariés. Aucune valeur de la distribution n'était supérieure à la valeur critique [ $\chi^2(3) = 16,27, p < .001$ ].

Les trois postulats de l'analyse statistique ont ensuite été examinés. Pour ce faire, les valeurs de kurtose et d'asymétrie ont été générées, pour chacune des variables à l'étude, afin de vérifier le postulat de normalité univariée. Les valeurs de kurtose et d'asymétrie se situaient à l'intérieur des balises conventionnellement acceptables de -1 à +1. Le postulat de normalité univariée est donc respecté. Ensuite, le postulat de normalité multivariée a été vérifié. À cet effet, un histogramme des résiduels standardisés a été généré puis examiné. La distribution des résiduels standardisés s'apparente à la courbe normale. Le postulat de normalité multivariée semble donc respecté. Par ailleurs, les postulats de linéarité et d'homoscédasticité ont été vérifiés. Pour ce faire, les graphiques de dispersion bivariée ont d'abord été générés pour toutes

les paires de variables possibles. Ces graphiques ont ensuite été scrutés. Aucune déviation par rapport à ces postulats n'a été détectée. L'absence de multicollinéarité a finalement été vérifiée. Pour le faire, la matrice des corrélations bivariées a été scrutée. Les valeurs de la matrice étaient toutes inférieures à 0,90. Il y a donc absence de multicollinéarité.

### **Plan analytique**

Les analyses statistiques nous permettant de vérifier les hypothèses de notre recherche ont été réalisées à l'aide de la version 27 du logiciel SPSS (IBM Corp, 2011).

#### ***Objectif 1***

Notre premier objectif de recherche consistait à démontrer qu'il existe des différences statistiquement significatives entre les deux groupes (clinique et témoin), à la fois sur le plan du vécu de traumatismes interpersonnels durant l'enfance, du style d'attachement et des symptômes d'alexithymie. Ainsi, des analyses de variances simple (ANOVA) ont été réalisées dans le but de documenter le contraste qui existe entre le groupe témoin et le groupe clinique pour les différentes variables à l'étude (hypothèses 1 à 3).

#### ***Objectif 2***

Notre deuxième objectif de recherche consistait à vérifier le lien entre un traumatisme interpersonnel vécu durant l'enfance, le style d'attachement, l'alexithymie et le trouble de la personnalité borderline à l'âge adulte. Dans le but de répondre à cet objectif, des corrélations de Pearson ont, dans un premier temps, été réalisées. Ces corrélations permettent d'observer les associations bivariées entre un traumatisme interpersonnel vécu durant l'enfance, le style d'attachement, le niveau d'alexithymie et le trouble de la personnalité borderline à l'âge adulte. Ensuite, une analyse acheminatoire, composée d'une régression linéaire simple (hypothèse 4) et

de deux régressions multiples (hypothèses 5 à 9), a été réalisée afin de tester le modèle proposé (voir figure 2).

### ***Objectif 3***

Notre troisième objectif de recherche consistait à explorer l'incidence de l'alexithymie sur les différentes manifestations du trouble de la personnalité borderline (p. ex. l'impulsivité, les comportements autodestructeurs non suicidaires), et ce, dans le but de répondre aux lacunes actuelles présentes dans la littérature scientifique. Pour répondre à cet objectif, des corrélations de Pearson ont, dans un premier temps, été réalisées. Ces corrélations permettent d'observer les associations bivariées entre le niveau d'alexithymie et certaines caractéristiques du trouble borderline, dont l'impulsivité et les comportements autodestructeurs non suicidaires. Ensuite, deux régressions linéaires simples ont été réalisées afin de mieux comprendre l'influence de l'alexithymie sur la variabilité de l'impulsivité et les comportements autodestructeurs non suicidaires (hypothèses 10 et 11).

## **Résultats pour l'objectif 1**

### ***Hypothèse 1***

Une analyse de variance simple a été réalisée afin de voir s'il y avait une différence significative entre le niveau d'expériences traumatisantes rapportés par les individus ayant un diagnostic de trouble de la personnalité borderline (groupe clinique), tel que mesuré par le Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein & al., 1994), comparativement à la population générale (groupe témoin). Les résultats de l'analyse s'avèrent significatifs [ $F(1, 123) = 91,25$ ,  $p < .001$ ]. La taille de l'effet ( $\eta^2 = 0,42$ ) est élevée. Le diagnostic de TPB expliquerait donc 42% de la variance des expériences traumatisantes chez les participants. Le tableau 4 illustre les

pourcentages d'expériences traumatiques rapportés dans les deux groupes. Concrètement, ce résultat signifie que les participants ayant un trouble de la personnalité borderline ont davantage vécus d'expériences traumatisantes dans leur enfance comparativement à la population générale. Ce résultat permet donc de confirmer l'hypothèse 1 de notre projet de recherche.

**Tableau 4**

*Répartition du trauma selon le groupe.*

	Groupe clinique	Groupe non-clinique
Abus émotionnel	82,50% (M=2.17, ÉT=1.17)	24,20% (M=.37, ÉT=.75)
Abus physique	36,50% (M=.79, ÉT=1.15)	8,00% (M=.13, ÉT=.50)
Abus sexuel	65,00% (M=1.43, ÉT=1.27)	16,20% (M=.30, ÉT=.73)
Négligence émotionnelle	82,50% (M=1.78, ÉT=1.13)	30,70% (M=.42, ÉT=.71)
Négligence physique	53,90% (M=1.08, ÉT=1.21)	19,40% (M=.26, ÉT=.57)

*Note.* Moyenne (M), Écart-type (ÉT)

### ***Hypothèse 2***

Une analyse de variance simple a été réalisée afin de voir s'il y avait une différence significative entre le niveau de sécurité du style d'attachement rapportés par les individus ayant un diagnostic de trouble de la personnalité borderline (groupe clinique), tel que le mesure le Relationship Questionnaire (Bartholomew et Horowitz, 1991), comparativement à la population générale (groupe témoin). Les résultats de l'analyse s'avèrent significatifs [ $F(1, 123) = 58,56, p < .001$ ]. La taille de l'effet ( $\eta^2 = 0,32$ ) est élevée. Le diagnostic de TPB expliquerait donc 32% de la variance du style d'attachement chez les participants. Le tableau 5 illustre la répartition du style d'attachement dans les deux groupes. Concrètement, ce résultat signifie que les participants ayant un trouble de la personnalité borderline ont davantage un style d'attachement insécurisant

à l'âge adulte comparativement à la population générale. Ce résultat permet donc de confirmer l'hypothèse 2 de notre projet de recherche.

**Tableau 5**

*Répartition du style d'attachement selon le groupe.*

	Groupe clinique (M= 2,37, ÉT=0,73)	Groupe non-clinique (M= 1,68, ÉT= 1,00)
Attachement sécurisant	6,30%	59,70%
Attachement insécurisant	93,60%	40,30%

*Note.* Moyenne (M), Écart-type (ÉT)

**Hypothèse 3**

Une analyse de variance simple a été réalisée afin de voir s'il y avait une différence significative entre le niveau d'alexithymie rapportés par les individus ayant un diagnostic de trouble de la personnalité borderline (groupe clinique), tel que mesuré par le Toronto Alexythymia Scale-20 (Bagby et al., 1994), comparativement à la population générale (groupe témoin). Les résultats de l'analyse s'avèrent significatifs [ $F(1, 123) = 94,59, p < .001$ ]. La taille de l'effet ( $\eta^2=0,43$ ) est élevée. Le diagnostic de TPB expliquerait donc 43% de la variance du niveau d'alexithymie chez les participants. Le tableau 6 illustre le niveau de symptômes d'alexithymie rapportés dans les deux groupes. Concrètement, ce résultat signifie que les participants ayant un trouble de la personnalité borderline ont davantage de symptômes d'alexithymie comparativement à la population générale. Ce résultat permet donc de confirmer l'hypothèse 3 de notre projet de recherche.

**Tableau 6**

*Répartition de l'alexithymie selon le groupe.*

	Groupe clinique (M= 1,24, ÉT= 0,87)	Groupe non-clinique (M= 0,13, ÉT= 0,42)
--	--	--

Absence d'alexithymie	28,60%	90,30%
Alexithymie probable	19,00%	6,50%
Alexithymie	52,40%	3,20%

Note. Moyenne (M), Écart-type (ÉT)

## Résultats pour l'objectif 2

### Corrélations

Afin d'observer les associations bivariées entre les différentes variables à l'étude, soit le style d'attachement (RQ), la présence d'un traumatisme interpersonnel (CTQ), le niveau d'alexithymie (TAS-20) et la présence d'un diagnostic de trouble de la personnalité borderline (objectif 2), des corrélations de Pearson ont été réalisées. Tel que l'illustre le tableau 7, toutes les variables étaient corrélées entre elles. D'abord, le niveau d'alexithymie était associé positivement à la présence d'un traumatisme interpersonnel ( $r = 0,59, p < .001$ ). De plus, le niveau d'alexithymie était associé positivement avec le style d'attachement insécurisant ( $r = 0,60, p < .001$ ). Par ailleurs, le niveau d'alexithymie était associé positivement à la présence du diagnostic de TPB ( $r = 0,66, p < .001$ ). De même, l'expérience d'un traumatisme interpersonnel était associée positivement au style d'attachement insécurisant ( $r = 0,65, p < .001$ ). En outre, l'expérience d'un traumatisme interpersonnel était associée positivement à la présence du diagnostic de TPB ( $r = 0,65, p < .001$ ). Finalement, le style d'attachement insécurisant était associé positivement à la présence du diagnostic de TPB ( $r = 0,57, p < .001$ ).

### Tableau 7

*Corrélations entre l'alexithymie, le traumatisme interpersonnel, le style d'attachement insécurisant et le TPB.*

	Niveau d'alexithymie	Traumatisme interpersonnel	Style d'attachement insécurisant	Diagnostic TPB
Niveau d'alexithymie	1	0,59***	0,60***	0,66***
Présence d'un traumatisme interpersonnel		1	0,42***	0,65***
Style d'attachement insécurisant			1	0,57***
Diagnostic TPB				1

Note. \* $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\* $p \leq 0.001$ .

#### *Analyse acheminatoire par le biais de régressions simples et multiples*

**Hypothèse 4.** Une régression linéaire simple a été effectuée dans le but d'évaluer si la présence d'un traumatisme interpersonnel (p. ex. abus sexuels, physiques, négligence) vécu durant l'enfance était associée à un attachement insécurisant à l'âge adulte. Les résultats ont indiqué une association significative et positive entre la présence d'un traumatisme interpersonnel durant l'enfance et un style d'attachement insécurisant à l'âge adulte ( $\beta = 0,42$ ,  $p < .001$ ). La taille de l'effet était élevée ( $R_a^2 = 0,17$ ,  $p < 0,001$ ) (Cohen, 1988). Ainsi, l'expérience d'un traumatisme interpersonnel à l'enfance expliquait 17% de la variance sur le plan du style d'attachement une fois adulte.

Concrètement, ces résultats signifient que les participants ayant vécu une expérience traumatisante durant leur enfance, en contexte interpersonnel, ont plus tendance à rapporter un style d'attachement insécurisant à l'âge adulte. L'hypothèse 4 est donc démontrée.

**Hypothèses 5 et 6.** Une régression multiple avec la méthode standard a été réalisée afin d'évaluer les associations entre l'expérience d'un traumatisme interpersonnel durant l'enfance et

la présence d'un style d'attachement insécurisant à l'âge adulte, d'une part, et l'alexithymie, d'autre part. D'abord, l'expérience d'un traumatisme interpersonnel durant l'enfance était associée positivement à l'alexithymie ( $\beta = 0,41, p < .001$ ). Ensuite, les résultats ont indiqué une association significative et positive entre le style d'attachement insécurisant à l'âge adulte et l'alexithymie ( $\beta = 0,43, p < .001$ ). La taille de l'effet était élevée ( $R_a^2 = 0,49, p < 0,001$ ) (Cohen, 1988). Ensemble, l'expérience d'un traumatisme interpersonnel durant l'enfance et la présence d'un style d'attachement insécurisant à l'âge adulte prédisaient 49% de la variance du niveau d'alexithymie.

Concrètement, ces résultats signifient que les participants ayant vécu une expérience traumatisante durant leur enfance tout comme les participants ayant un style d'attachement insécurisant à l'âge adulte pourraient éprouver des difficultés à identifier, différencier et exprimer leurs émotions ou celles d'autrui (c.-à-d. souffrir d'alexithymie). Ces résultats permettent donc de confirmer les hypothèses 5 et 6 de notre projet de recherche.

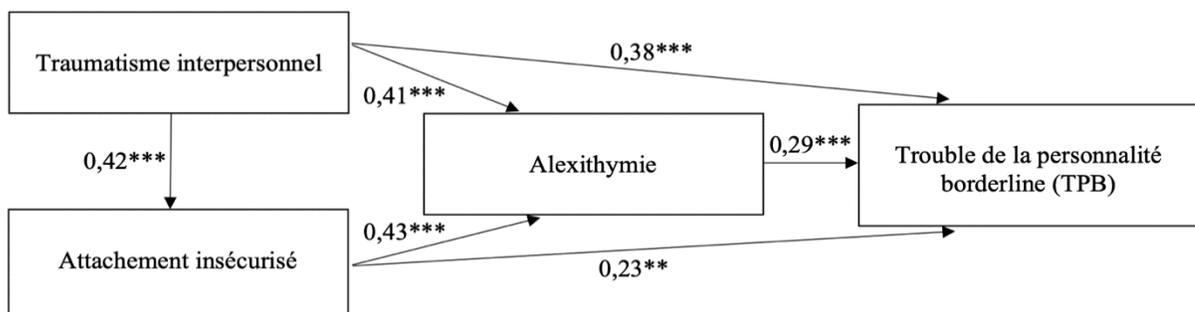
**Hypothèses 7, 8 et 9.** Une régression multiple avec la méthode standard a été réalisée afin d'évaluer les associations entre l'expérience d'un traumatisme interpersonnel durant l'enfance, la présence d'un style d'attachement insécurisant à l'âge adulte et l'alexithymie, d'une part, et la présence d'un diagnostic de TPB, d'autre part. D'abord, l'expérience d'un traumatisme interpersonnel durant l'enfance était associée positivement à la présence d'un diagnostic de TPB ( $\beta = 0,38, p < .001$ ). Ensuite, les résultats ont indiqué une association significative et positive entre le style d'attachement insécurisant à l'âge adulte et la présence d'un diagnostic de TPB ( $\beta = 0,23, p < .01$ ). Finalement, l'alexithymie était positivement associée à la présence d'un diagnostic de TPB ( $\beta = 0,29, p < .001$ ). La taille de l'effet était élevée ( $R_a^2 = 0,56, p < 0,001$ ) (Cohen, 1988). Ensemble, l'expérience d'un traumatisme interpersonnel durant l'enfance, la présence d'un style

d'attachement insécurisant à l'âge adulte et l'alexithymie prédisaient 56% de la variance dans le diagnostic du TPB. C'est donc dire que ces trois variables contribuent pour plus de la moitié de la variance dans la symptomatologie borderline. Ainsi, les traumatismes interpersonnels, un style d'attachement insécurisant à l'âge adulte, de même que l'alexithymie semblent jouer un rôle crucial dans la pathologie borderline.

Concrètement, ces résultats signifient que les participants ayant vécu une expérience traumatisante durant leur enfance tout comme les participants ayant un style d'attachement insécurisant à l'âge adulte et ceux qui présentent de l'alexithymie sont plus à risque de présenter un diagnostic de trouble de la personnalité borderline. Ces résultats permettent donc de confirmer les hypothèses 7, 8 et 9 de notre projet de recherche.

## Figure 2

*Résultats du modèle théorique expliquant les facteurs prédisposant au TPB et à l'alexithymie*



*Note.* \* $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\* $p \leq 0.001$ .

## Résultats pour l'objectif 3

### *Corrélations*

Des corrélations de Pearson ont également été générées afin d'observer les associations bivariées entre les différentes variables propres à l'objectif 3 du projet, soit les liens existants

entre l'alexithymie et plusieurs caractéristiques du trouble de la personnalité borderline (p. ex., impulsivité et comportements autodestructeurs non suicidaires). Tel que l'illustre le tableau 8, toutes les variables étaient corrélées entre elles. D'abord, le niveau d'alexithymie était associé positivement à la présence d'impulsivité ( $r = 0,72, p < .001$ ). De plus, le niveau d'alexithymie était associé positivement à la présence de comportements autodestructeurs non suicidaires ( $r = 0,65, p < .001$ ). Finalement, l'impulsivité était associée positivement à la présence de comportements autodestructeurs non suicidaires ( $r = 0,74, p < .001$ ).

### Tableau 8

*Corrélations entre l'alexithymie, l'impulsivité et les comportements autodestructeurs non suicidaires.*

	Niveau d'alexithymie	Impulsivité	Comportements autodestructeurs
Niveau d'alexithymie	1	0,72***	0,65***
Impulsivité		1	0,74***
Comportements autodestructeurs			1

*Note.* \* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p \leq 0.001$ .

### *Régressions linéaires simples*

**Hypothèse 10.** Une régression linéaire simple a été effectuée dans le but d'évaluer si la présence d'alexithymie était associée à l'impulsivité rapportée à l'âge adulte. Les résultats ont indiqué une association significative et positive entre la présence d'un haut niveau d'alexithymie et des comportements impulsifs à l'âge adulte ( $\beta = 0,72, p < .001$ ). La taille de l'effet était élevée ( $R_a^2 = 0,52, p < 0,001$ ) (Cohen, 1988). Ainsi, la présence d'alexithymie expliquait 52% de la variance sur le plan des comportements impulsifs.

Concrètement, ce résultat signifie que les participants ayant rapporté un haut niveau d'alexithymie tendent à adopter des comportements impulsifs, l'un des critères diagnostic du trouble de la personnalité borderline. Ce résultat permet donc de confirmer l'hypothèse 10 de notre projet de recherche.

**Hypothèse 11.** Une régression linéaire simple a été effectuée dans le but d'évaluer si la présence d'alexithymie était associée aux comportements autodestructeurs non suicidaires rapportés à l'âge adulte. Les résultats ont indiqué une association significative et positive entre la présence d'un haut niveau d'alexithymie et la présence de comportements autodestructeurs non suicidaires à l'âge adulte ( $\beta = 0,65, p < .001$ ). La taille de l'effet était élevée ( $R_a^2 = 0,41, p < 0,001$ ) (Cohen, 1988). Ainsi, la présence d'alexithymie expliquait 41% de la variance sur le plan des comportements autodestructeurs non suicidaires.

Concrètement, ce résultat signifie que les participants ayant rapporté un haut niveau d'alexithymie sont plus propices à adopter des comportements autodestructeurs non suicidaires à l'âge adulte, l'un des critères diagnostic du trouble de la personnalité borderline. Ce résultat permet donc de confirmer l'hypothèse 11 de notre projet de recherche.

## CHAPITRE V – DISCUSSION

## DISCUSSION

La présente étude visait une meilleure compréhension du lien entre les traumatismes interpersonnels, le style d'attachement, l'alexithymie et le trouble de la personnalité borderline. Plus précisément, il était d'abord question de démontrer qu'il existait des différences significatives entre les deux groupes (clinique et témoin), à la fois sur le plan du vécu de traumatismes interpersonnels durant l'enfance, du style d'attachement et des symptômes d'alexithymie. Dans un deuxième temps, nous voulions tester le modèle théorique proposé dans le but de comprendre l'apparition et le maintien du TPB. Ainsi, il était donc question d'explorer les possibles facteurs prédisposant à l'alexithymie, dont l'expérience de traumatismes interpersonnels en bas âge et un style d'attachement insécurisant, en plus d'évaluer l'incidence de ces trois variables chez les personnes ayant un trouble de la personnalité borderline. Finalement, il était question d'explorer l'incidence de l'alexithymie sur les différentes manifestations du trouble borderline (p. ex. l'impulsivité, les comportements autodestructeurs non suicidaires).

De façon générale, la présente recherche a permis d'adresser les lacunes actuelles présentes dans la littérature scientifique. En ce sens, ce projet a permis de comprendre comment les variables intrapersonnelles (c.-à-d., l'alexithymie, le style d'attachement) et interpersonnelles (c.-à-d., les traumatismes interpersonnels) sont reliées au TPB. Plus précisément, les résultats permettent de démontrer les liens entre plusieurs variables clés dans le trouble borderline à l'aide d'un modèle intégratif (voir figure 2). Aucune étude, à ce jour, n'avait étudiée l'influence conjointe des divers facteurs prédisposant le TPB de façon concomitante. Ceci permet de consolider l'information connue dans la littérature scientifique tout en offrant de l'information

supplémentaire sur les liens existants entre les expériences traumatiques, le style d'attachement et l'alexithymie chez une population borderline.

Dans un autre ordre d'idées, ce projet de recherche a permis d'explorer des facteurs prédisposant à l'alexithymie, dont les expériences traumatisantes et le style d'attachement, un élément qui n'avait encore jamais été exploré par les chercheurs selon l'étude de Pugliese et ses collègues (2019). De même, certaines conséquences de l'alexithymie ont été étudiées, comme l'impulsivité et les comportements autodestructeurs non-suicidaires, et ce, dans le but de mieux comprendre l'incidence de l'alexithymie sur certaines manifestations du TPB. Ceci constitue un bel avancé dans la littérature scientifique puisque cela pourrait suggérer des pistes d'interventions cliniques.

### **Différences entre groupes : Hypothèses 1-3**

Les résultats de nos analyses pour les hypothèses 1, 2 et 3 démontrent l'existence d'une différence statistiquement significative entre les individus ayant un TPB et ceux de la population générale à propos du vécu de traumatismes interpersonnels durant l'enfance, du style d'attachement et du niveau d'alexithymie. Plus précisément, nos résultats suggèrent que les individus ayant un trouble borderline auraient, en plus grande proportion, vécus de l'abus ou de la négligence durant leur enfance, un style d'attachement insécurisant une fois adulte et des difficultés importantes sur le plan de la régulation émotionnelle (c.-à-d. des symptômes élevés d'alexithymie) contrairement aux individus qui ne rapportent pas de trouble de santé mentale. Ces résultats concordent avec les connaissances actuelles proposant que les gens aux prises avec un problème de santé mentale, et particulièrement ceux ayant un trouble de la personnalité borderline, sont plus à risque d'avoir vécu des expériences traumatisantes (Ball et Links, 2009; Battle et al., 2004; Golier et al., 2003; Johnson, Cohen, Chen, Kasen et Brook, 2006; Knefel,

Tran et Lueger-Schuster, 2016; Kulkarni, 2017; Laporte et Guttman, 1996; MacIntosh, Godbout et Dubash, 2015), de développer un style d'attachement insécurisé (Frias et al., 2016) et d'avoir des symptômes d'alexithymie (Loas et al., 2012; Meaney, Hasking et Reupert, 2016; Webb et McMurrin, 2008). Toujours selon la littérature scientifique, il est connu que les individus qui n'ont pas de diagnostic de trouble de santé mentale sont généralement des gens qui ont vécu des expériences positives dans leurs relations d'attachement à l'enfance et qui ont donc plus fréquemment un style d'attachement sécurisé et de bonnes habiletés de régulation émotionnelle (Bowlby, 1988; Fasihi et al., 2013).

En somme, les résultats à ces trois hypothèses permettent d'illustrer les différences existantes entre les individus ayant un trouble borderline et ceux n'ayant pas cette problématique de santé mentale. D'ailleurs, les résultats obtenus témoignent de la pertinence d'étudier les liens entre les expériences traumatisantes, le style d'attachement et les symptômes d'alexithymie, d'une part, et le trouble de la personnalité borderline, d'autre part.

### **Liens entre traumatisme interpersonnel, attachement insécurisant, alexithymie et TPB**

#### ***Hypothèse 4***

Notre quatrième hypothèse suggérait qu'il y aurait une association positive entre le vécu d'expériences traumatisantes en bas âge avec un principal pourvoyeur de soins et un attachement insécurisant à l'âge adulte. Les résultats confirment cette association. Ceci suggère donc que les individus ayant été victimes d'une quelconque forme d'abus ou de négligence en bas âge dans le cadre de leur relation d'attachement sont plus enclins de rapporter un style d'attachement insécurisant à l'âge adulte. Ce résultat vient appuyer les connaissances actuelles dans la littérature scientifique concernant l'impact délétère d'un traumatisme interpersonnel perpétré par un pourvoyeur de soins sur le développement socio-affectif de l'enfant. En effet, rappelons que

Bowlby (1969) a suggéré, dans sa théorie de l'attachement, que les comportements négligents ou abusifs perpétrés par une figure d'attachement envers son enfant limitent le développement d'un attachement sécurisant chez ce dernier. Ce concept a d'ailleurs été repris à maintes reprises par Fonagy et ses collègues (Fonagy 1991; Fonagy et Target, 1996; Fonagy et al., 2002, Bateman et Fonagy, 2004; Fonagy et Bateman, 2006) dans le cadre de leur théorie sur la mentalisation. En somme, ce résultat de recherche appuie la vaste littérature scientifique actuelle concernant les conséquences d'expériences d'abus et de négligence sur le style d'attachement des individus qui en sont victimes.

### ***Hypothèses 5 et 6***

Notre cinquième hypothèse de recherche proposait l'existence d'une association positive entre le vécu d'expériences traumatisantes en bas âge avec un principal pourvoyeur de soin et la présence d'un haut niveau alexithymie à l'âge adulte. Pour sa part, notre sixième hypothèse évoquait l'existence d'une association positive entre la présence d'un attachement insécurisant une fois adulte et la présence d'un haut niveau d'alexithymie à l'âge adulte. Les résultats de l'analyse statistique confirment ces deux associations.

Ces résultats suggèrent donc, dans un premier temps, que les individus ayant été victimes d'une quelconque forme d'abus ou de négligence en bas âge dans le cadre de leur relation d'attachement pourraient développer des difficultés sur le plan émotionnel, qui perdureront une fois adulte, tel que l'alexithymie. En conséquence, il semble que l'expérience de traumatismes interpersonnels dans l'enfance puisse induire un engourdissement et une incapacité à reconnaître et à exprimer ses émotions (c.-à-d. l'alexithymie). Ces résultats sont congruents avec la littérature scientifique actuelle. En effet, il est connu dans la littérature que l'abus et la négligence en bas âge est le facteur de risque le plus important au développement de symptômes

d'alexithymie (Eichhorn et al., 2014). Or, à notre connaissance, il n'existe aucune étude qui a mesuré le lien entre ces variables chez une population borderline avec un groupe comparatif ne rapportant pas de trouble de santé mentale.

Nos résultats suggèrent, dans un deuxième temps, que les individus ayant un attachement insécurisant pourraient souffrir d'alexithymie. C'est donc dire que l'attachement insécurisant interfère avec le développement de bonnes habiletés de gestion des émotions. Ces résultats sont congruents avec ceux retrouvés dans la littérature scientifique. En effet, certaines études ont permis de démontrer qu'il existait une association entre un style d'attachement insécurisant et d'importants symptômes d'alexithymie chez une population souffrant de troubles alimentaires (Redondo et Luyten, 2020), chez ceux ayant un trouble de la consommation d'alcool (Zakhour et al., 2020) et chez ceux qui présentent des comportements autodestructeurs non-suicidaires (Oskis et Borrill, 2019) Or, ce pan de la recherche est encore très récent. Il n'existe donc que très peu de littérature à ce sujet. De plus, à notre connaissance, il n'existe aucune étude qui a mesuré le lien entre ces variables chez une population borderline avec un groupe comparatif ne rapportant pas de trouble de santé mentale.

Les hypothèses 5 et 6 ont également permis d'explorer certains facteurs prédisposant à l'alexithymie, dont les expériences traumatisantes et le style d'attachement, un élément qui n'avait encore jamais été exploré par les chercheurs (Pugliese et al., 2019). En ce sens, nos résultats suggèrent que le vécu d'expériences traumatiques en bas âge et la présence d'un style d'attachement insécurisant pourraient constituer des facteurs qui prédisposent un individu à développer des difficultés sur le plan de la régulation émotionnelle, plus précisément, des symptômes d'alexithymie.

De plus, ces résultats confirment les postulats théoriques de la théorie de la mentalisation proposant que les traumatismes vécus durant l'enfance, tout comme l'attachement insécurisant, ont des effets délétères sur le développement de l'individu, incluant des difficultés sur le plan de la régulation des émotions qui comprennent l'alexithymie (Fonagy et al., 2002, Bateman et Fonagy, 2004; Fonagy et Bateman, 2006). Pour ces auteurs, les habiletés de régulation émotionnelle sont une manifestation des capacités de mentalisation d'un individu. Ainsi, de hauts niveaux d'alexithymie seraient synonyme de pauvres capacités de mentalisation puisque l'individu n'est pas en mesure d'utiliser cette habileté pour prendre du recul dans une situation chargée émotionnellement et d'adopter une position nuancée face à ces événements (Fonagy et Bateman, 2006).

### **Hypothèses 7, 8 et 9**

Notre septième hypothèse de recherche suggérait qu'il y aurait une association positive entre le vécu d'expériences traumatisantes en bas âge avec un principal pourvoyeur de soins et la présence d'un TPB à l'âge adulte. Les résultats de notre recherche confirment cette association. Ceci suggère donc que les individus ayant été victimes d'une quelconque forme d'abus ou de négligence en bas âge dans le cadre de leur relation d'attachement pourraient souffrir d'un trouble de la santé mentale, et plus particulièrement d'un TPB. Ce résultat vient d'ailleurs corroborer les résultats de plusieurs recherches empiriques suggérant l'importance des traumatismes interpersonnels dans l'étiologie du TPB (Ball et Links, 2009; Battle et al., 2004; Golier et al., 2003; Johnson, Cohen, Chen, Kasen et Brook, 2006; Knefel, Tran et Lueger-Schuster, 2016; Kulkarni, 2017; Laporte et Guttman, 1996; MacIntosh, Godbout et Dubash, 2015).

Pour sa part, notre huitième hypothèse de recherche proposait qu'il y aurait une association positive significative entre la présence d'un style d'attachement insécurisant et la présence d'un TPB à l'âge adulte. Les résultats de notre recherche confirment cette association. Ainsi, ce résultat propose que les individus ayant un attachement insécurisant pourraient souffrir d'un trouble de santé mentale une fois adulte, dont le trouble de la personnalité borderline. Dans un même ordre d'idées, ce résultat vient confirmer que les individus ayant un diagnostic de TPB présentent, pour la plupart, un style d'attachement insécurisant comparativement à la population générale. Ce résultat confirme les connaissances actuelles dans la littérature scientifique. En effet, des études, dont celle de Frias et ses collègues (2016), illustre que les individus ayant un trouble borderline rapportent des scores plus élevés d'attachement insécurisant comparativement à la population générale.

Enfin, notre neuvième hypothèse de recherche évoquait l'existence d'une association positive et statistiquement significative entre de hauts niveaux d'alexithymie et la présence d'un TPB. Les résultats de notre recherche confirment cette association. Ceci suggère donc que les individus ayant des difficultés sur le plan de la régulation émotionnelle, plus précisément ceux qui présentent un engourdissement et une incapacité à reconnaître et à exprimer ses émotions (c.-à-d. l'alexithymie), pourraient présenter un trouble de santé mentale une fois adulte, dont le trouble de la personnalité borderline. Dans un même ordre d'idées, ce résultat suggère que les individus ayant un diagnostic de TPB présentent pour la plupart, un haut niveau d'alexithymie comparativement à la population générale. Ce résultat est congruent avec la littérature actuelle. En effet, quelques études ont démontré que de hauts taux d'alexithymie étaient retrouvés chez les individus ayant certains traits borderline (Loas et al., 2012; Meaney, Hasking et Reupert, 2016; Webb et McMurrin, 2008). Or, plusieurs de ces études n'ont pas été

menée chez une population clinique ayant un trouble borderline. Elles mesuraient plutôt le lien entre l'alexithymie et certains traits borderline pouvant être retrouvés dans la population générale (p. ex., les comportements suicidaires et parasuicidaires, l'abus de substance ainsi que l'impulsivité). Notre étude répond donc à cette lacune actuelle dans la littérature scientifique.

La confirmation de nos hypothèses 7, 8 et 9 vient également appuyer certains postulats théoriques proposés par Fonagy et Luyten (2009) dans leur adaptation de la théorie de la mentalisation pour expliquer le développement d'un trouble borderline. En effet, ces postulats proposent que ce soit le cumul d'événements traumatisants vécus dans le cadre de sa relation d'attachement en jeune âge, rendant l'individu vulnérable au développement d'un attachement insécurisant et à des déficits sur le plan de la régulation des affects qui rendrait un individu plus vulnérable au développement d'un trouble de la personnalité borderline une fois adulte.

Somme toute, nos résultats confirment que les expériences traumatisantes vécues en bas âge dans le cadre d'une relation d'attachement sont un facteur important à prendre en compte dans l'étiologie du TPB. Ces expériences traumatiques entravent le développement d'un attachement sécurisant en plus d'apporter des déficits importants sur le plan de la régulation des émotions, déficits qui accompagneront l'individu même à l'âge adulte et qui peuvent le prédisposer au trouble de la personnalité borderline qui comprend des déficits sur le plan émotionnel, relationnel et comportemental. C'est d'ailleurs, ce que le modèle théorique proposé illustre (voir figure 2; p. 59). Rappelons qu'aucune étude, à ce jour, n'avait étudiée l'influence conjointes des divers facteurs prédisposant le TPB de façon concomitante.

## **Incidence de l'alexithymie sur certaines manifestations du TPB**

### ***Hypothèse 10***

Notre dixième hypothèse de recherche suggérait qu'il y ait une association positive entre de hauts niveaux d'alexithymie et la présence de symptômes d'impulsivité à l'âge adulte. Les résultats de notre recherche confirment cette association. Ceci suggère donc que les individus présentant une difficulté sur le plan de la reconnaissance des émotions sont plus à risque de démontrer de l'impulsivité, et ce, tant sur le plan comportemental que cognitif. En d'autres mots, les gens qui présentent des scores plus élevés d'impulsivité risquent également d'avoir des déficits sur le plan de la régulation des émotions, plus particulièrement de l'alexithymie.

Ce résultat vient appuyer la proposition de Crowell, Beauchaine et Linehan (2009) qui stipule que l'alexithymie serait au cœur de plusieurs caractéristiques essentielles du TPB, dont les comportements impulsifs. À notre avis, il était important de comprendre les mécanismes qui sous-tendent l'impulsivité étant donné que ces comportements sont fréquemment rapportés par les individus ayant un TPB, et ce, dans des domaines variés (p. ex., dépenses excessives et inconsidérées, sexualité à risque, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie ou d'hyperphagie) (APA, 2015) et qu'ils sont directement liés aux autres caractéristiques de cette problématique de santé mentale. Entre autres, la difficulté à maîtriser sa colère, l'instabilité affective et le sentiment chronique de vide peuvent tous conduire les individus atteints du TPB à adopter des comportements impulsifs dans le but d'éviter les sentiments douloureux ressentis (Mehran, 2011).

### ***Hypothèse 11***

Notre onzième hypothèse de recherche proposait l'existence d'une association positive entre de hauts niveaux d'alexithymie et la présence de comportements autodestructeurs non suicidaires à l'âge adulte. Les résultats de notre recherche confirment cette association. Ceci suggère donc que les individus qui présentent des difficultés sur le plan de la régulation

émotionnelle, plus précisément ceux qui souffrent d'un engourdissement et une incapacité à reconnaître et à exprimer leurs émotions (c.-à-d. l'alexithymie), sont plus enclins à manifester des comportements d'automutilation. En d'autres termes, les individus qui présentent des comportements autodestructeurs risquent également d'avoir des déficits sur le plan de la régulation des émotions, plus particulièrement de l'alexithymie.

Ce résultat vient appuyer l'étude de Norman et Borrill (2015) suggérant que l'alexithymie soit une caractéristique souvent en cause lorsqu'on s'intéresse à la fois aux individus ayant un trouble borderline qu'à ceux ayant des comportements autodestructeurs. Rappelons que les comportements d'automutilation sont fréquemment rapportés par les individus ayant un TPB et qu'ils peuvent avoir des effets dévastateurs. Ce résultat permet ainsi de mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent ce comportement.

### **Implications cliniques**

Les implications cliniques de nos résultats de recherche sont multiples. D'abord, rappelons que les enjeux de la personnalité sont retrouvés de façon importante au sein de la population clinique. Parmi ces troubles de la personnalité, on retrouve le trouble borderline qui est l'un des troubles de la personnalité les plus diagnostiqués en milieu psychiatrique et clinique (INSPQ, 2015). Comme les individus aux prises avec un TPB sont de grands utilisateurs des services de santé mentale en raison de la détresse importante qu'ils vivent au quotidien (Gunderson et Hoffman, 2005; INSPQ, 2015), les psychologues, psychothérapeutes, travailleurs sociaux et autres intervenants en relation d'aide sont, tôt ou tard, appelés à intervenir auprès de cette clientèle.

Puisque nos résultats ont démontré que l'expérience de traumatismes interpersonnels vécus durant l'enfance, tout comme un style d'attachement insécurisant et la présence

d'alexithymie, représente un bagage significativement présent chez les individus ayant un trouble de la personnalité borderline, il nous apparaît donc important de tenir compte de ces différents facteurs dans le traitement du TPB. En effet, ces résultats illustrent le caractère essentiel d'adresser ces facteurs en contexte de psychothérapie et nous permettent d'identifier certaines pistes d'intervention auprès de cette clientèle. Il est possible de croire que nous puissions observer une diminution de la sévérité des manifestations du trouble de la personnalité borderline en offrant un traitement qui permet à la fois de travailler les enjeux reliés aux traumatismes, au style d'attachement insécurisé et aux difficultés de régulation des émotions, dont l'alexithymie.

Dans un premier temps, il semble que la possibilité de créer des liens d'attachement sécurisant, dans le cadre de la relation thérapeutique et ailleurs dans la vie des clients (voir Johnson, 2019), pourrait être une bonne avenue dans le traitement du trauma et du TPB puisqu'il existe de nombreux bienfaits reliés au style d'attachement sécurisant. Parmi les bienfaits, on retrouve l'augmentation du bien-être général, le développement de relations interpersonnelles saines et durables, une plus grande satisfaction interpersonnelle et la possibilité de développer des stratégies de régulation émotionnelle adéquates (Givertz et al., 2013). L'attachement sécurisant prédit également une meilleure satisfaction conjugale et un niveau plus faible de solitude (Bernardon et al., 2011). Ainsi, offrir un traitement axé sur le développement de liens d'attachement sécurisants pour une clientèle ayant un TPB pourrait s'avérer un choix judicieux compte tenu des nombreux bienfaits relatifs à ce style d'attachement. Ce changement pourrait contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des gens ayant un TPB. Rappelons que le trouble de la personnalité borderline se caractérise, entre autres, par des difficultés importantes sur le plan des relations interpersonnelles qui peuvent contribuer à l'augmentation de la détresse vécue par ces individus. Ainsi, en offrant la possibilité de travailler au développement de relations

saines, durables, empreinte d'un sentiment de sécurité et d'une confiance, la détresse vécue dans le cadre des relations pourrait être réduite. D'ailleurs, certaines études proposent que les patrons d'attachement puissent changer dans le cadre d'une psychothérapie (Burgess Moser et al., 2016; Levy et al., 2006; Taylor, Rietzschel, Danquah, et Berry, 2014). Il est donc primordial que les intervenants en santé mentale se concentrent, d'emblée, à former ce type de lien. De même, il est bien documenté dans la littérature que le développement d'un lien sécurisant à l'endroit de son thérapeute réduise la détresse liée à la fréquence de symptômes dépressifs et anxieux ainsi que des difficultés dans les relations interpersonnelles et les rôles sociaux (Sauer, Anderson, Gormley, Richmond et Preacco, 2010). La relation thérapeutique empreinte d'un sentiment de sécurité pourrait donc servir d'expérience réparatrice et, dans un deuxième temps, rendre le contexte thérapeutique propice au développement des capacités de mentalisation qui diminuerait, par le fait même, les symptômes d'alexithymie.

Au-delà de la relation thérapeutique en soi, il semble qu'il pourrait être pertinent d'offrir un suivi psychothérapeutique axé sur le traitement des séquelles reliées aux traumatismes interpersonnels vécus durant l'enfance aux individus ayant un TPB puisqu'une proportion non-négligeable de cette clientèle rapporte avoir vécu de telles expériences. Ces expériences sont néfastes pour les individus. En effet, elles peuvent être la source d'une grande détresse et affecter plusieurs sphères de la vie des victimes. Parmi les conséquences de ces expériences, on dénote plusieurs répercussions sur le plan des relations interpersonnelles, dont une insécurité dans les liens d'attachement, puisque les gestes d'abus ou de négligence, dans le cas de traumatismes interpersonnels à l'enfance, sont souvent perpétrés par une figure d'attachement. En travaillant ce passé douloureux, il pourrait également être possible, en tant qu'intervenant, d'amener la clientèle à vivre de l'espoir que certaines relations peuvent également être positives et saines.

Dans un même ordre d'idées, les interventions visant la diminution des symptômes d'alexithymie pourraient également diminuer certaines manifestations du TPB, dont les comportements autodestructeurs et impulsifs, en plus de pallier plusieurs difficultés émotionnelles et interpersonnelles vécues dans le cadre de cette problématique, puisque nous savons désormais que ces difficultés sont toutes reliées à des déficits sur le plan de la gestion des émotions et des habiletés de mentalisation.

### **Forces et limites de l'étude**

La présente étude comporte plusieurs forces et quelques limites qui sont notées principalement sur le plan méthodologique.

#### ***Forces du projet de recherche***

Tel que mentionné précédemment, plusieurs forces méthodologiques ressortent de la présente étude. D'abord, le présent projet de recherche a été mené auprès d'une population canadienne francophone et est constitué d'un échantillon clinique ( $n=63$ ) et non-clinique ( $n=62$ ). En effet, cette étude s'intéresse aux facteurs étiologiques et de maintien du trouble de la personnalité borderline chez une population canadienne francophone, population largement moins étudiée dans le domaine de la recherche. Par conséquent, les données du présent projet de recherche constituent un apport original à la littérature scientifique puisqu'elles permettent de bonifier les connaissances actuelles sur le trouble de la personnalité borderline tout en tenant compte de la diversité culturelle. Bien entendu, des études futures seraient nécessaires afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de différences sur le plan culturel quant aux facteurs étiologiques et de maintien du trouble de la personnalité borderline.

Dans un même ordre d'idée, l'échantillon utilisé pour le présent projet de recherche est composé d'un échantillon clinique. En effet, les participants ayant répondu aux questionnaires devaient avoir un diagnostic de trouble de la personnalité borderline. En conséquence, ceci constitue une force indéniable de l'étude, considérant le niveau de difficulté propre au recrutement et la taille de l'échantillon ( $n=63$ ).

Par ailleurs, la présente étude s'appuie sur les connaissances scientifiques actuelles. En effet, les hypothèses quant aux liens existants entre les variables s'appuient sur la littérature scientifique, principalement sur la théorie de la mentalisation de Fonagy (1991). Par conséquent, ceci permet de consolider l'information connue dans la littérature scientifique et donne du poids aux hypothèses de recherche. Finalement, la présente étude était conviviale à réaliser et a nécessité peu de frais puisque les questionnaires administrés pouvaient être remplis par le biais d'internet.

### ***Vulnérabilités du projet de recherche***

La présente étude comprend également quelques vulnérabilités dont nous devons tenir compte dans l'interprétation des résultats. Dans un premier temps, les participants du groupe clinique ont tous reçu un diagnostic de trouble de la personnalité borderline, mais par différents professionnels et selon différentes mesures. La procédure d'évaluation n'était donc pas standardisée à travers les différents milieux cliniques. Il est donc possible que notre échantillon clinique soit plus hétérogène que souhaité.

En second lieu, plusieurs sources de biais ont été soulevées, dont le biais du volontaire, le biais de désirabilité sociale et le biais de réponse automatique. D'abord, le biais du volontaire est lié au fait que les caractéristiques des personnes qui se proposent pour participer à l'étude pourraient présenter des caractéristiques différentes comparativement à celles des personnes qui

décident de ne pas se porter volontaires pour l'étude. Dans le présent projet, une caractéristique qui aurait pu freiner certains individus du groupe clinique, composé d'individus ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité borderline (TPB), est la méfiance manifestée en raison des difficultés interpersonnelles et de la peur d'abandon. Ainsi, afin de valider cette hypothèse, nous avons regardé si les individus du groupe clinique ont tous eu un score faible aux questions évaluant cette caractéristique. Ensuite, le biais de désirabilité sociale fait référence à la tendance de l'individu à répondre de manière socialement acceptable aux différents questionnaires. Afin de contrôler ce biais, les questionnaires pouvaient être remplis à la maison, et ce, de manière anonyme et confidentielle. En remplissant les questionnaires dans un endroit sécuritaire, privé, et ce, de manière anonyme, les participants pouvaient répondre de façon plus authentique aux questions sans avoir la pression de devoir fournir des réponses socialement acceptables. Ceci était particulièrement important à considérer pour la population clinique à l'étude puisque ces individus ont une immense peur du rejet. Ainsi, ils auraient pu être davantage portés à vouloir fournir des réponses socialement acceptables pour ne pas être abandonnés et pour ne pas déplaire. Pour ce qui est du biais de réponse automatique, celui-ci était particulièrement important à considérer dans le cadre de la présente recherche puisque nous avons administré dix questionnaires et que le temps requis pour les remplir était d'environ 45 minutes. Ainsi, afin de remédier à la tendance de donner une réponse automatique aux diverses questions, nos échelles de mesure étaient changeantes.

D'autres sources de vulnérabilité, propres au devis de recherche choisi, ont été soulevées. D'abord, le présent projet ne permet pas d'établir la direction de la relation entre les variables à l'étude. Ainsi, des études futures seront nécessaires afin de déterminer la direction des relations entre les variables. Ceci pourrait être possible au moyen d'un devis de recherche

quasi-expérimentale. Ensuite, l'utilisation d'un devis de recherche corrélationnel diminue la validité interne du projet. En effet, puisqu'on ne manipule pas la variable indépendante, il est impossible de conclure que la variable indépendante est la seule cause du changement observé chez la variable dépendante. Cependant, nous avons tenté d'éliminer toute source de contamination. Finalement, bien que la taille de l'échantillon ( $n = 125$ ) permette un potentiel de généralisation, des études futures seront nécessaires afin de répliquer les résultats auprès d'un plus grand échantillon.

### **Études futures**

Comme mentionné précédemment, des études futures seront nécessaires afin de déterminer la direction des relations existantes entre les variables. À cette fin, un devis de recherche quasi-expérimental pourrait être envisagé.

Ensuite, il serait intéressant de conduire des études cliniques, lors de projets futurs, afin de développer et de valider certaines interventions visant le développement d'un lien sécurisant dans le cadre de la relation thérapeutique ainsi que la diminution des symptômes d'alexithymie auprès d'une population ayant un trouble de la personnalité borderline.

Finalement, une fois les interventions développées et validées, il pourrait être intéressant de conduire une étude clinique permettant d'évaluer l'impact des changements au niveau de la sécurité de l'attachement et de l'alexithymie sur les caractéristiques du trouble borderline puisqu'il semble que ces composantes soient primordiales dans l'étiologie, mais aussi dans le maintien de certaines difficultés propres à cette problématique de santé mentale.

## RÉFÉRENCES

## RÉFÉRENCES

- Aaronson, C.J., Bender, D.S., Skodol, A.E., Gunderson, J.G. (2006). Comparison of attachment styles in borderline personality disorder and obsessive-compulsive personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 77, 69–80. <http://dx.doi.org/10.1007/s11126-006-7962-x>
- Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M. W., Macmillan, H., et Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 814 – 822. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.008>
- Aideuis, D. (2007). Promoting Attachment and Emotional Regulation of Children with Complex Trauma Disorder. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(3), 546-554. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100822>
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Association américaine de psychologie (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition. ed.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., et Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Ball, J. S., et Links, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11, 63–68. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-009-0010-4>
- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., et Rütger, E. (2005). Early

- traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res*, 134(2), 169-179. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2003.07.008>
- Barratte, S. (1985). Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing. In J. T. Spence et C. E. Hard (Eds.), *Motivation, emotion, and personality* (pp. 137-146). North-Holland: Elsevier Science.
- Bartholomew, K., et Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61, 226-244. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bartholomew, K., et Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? Dans J. A. Simpson et W. S. Rholes (dir.), *Attachment Theory and Close Relationships* (p. 25-45). New York: Guilford.
- Bateman, A., et Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based Treatment*. Oxford University Press.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., . . . Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18, 193–211. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.18.2.193.32777>
- Baylé, F. J., Guelfi, J. D., Jouvent, R., Olié, J. P., et Caci, H. (2007). Impulsivité : validation de construit et comparaison entre les sexes. 2007 January 25-27th. Paris. Congrès l'Encéphale.
- Bernardon, S., Babb, K. A., Hakim-Larson, J., Gragg, M. (2011). Loneliness, attachment, and

the perception and use of social support in university students. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 43(1), 40-51.

doi :10.1037/a0021199

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., et Foote, J. (1994). Childhood Trauma Questionnaire

[Database record]. Retrieved from PsycTESTS. <http://dx.doi.org/10.1037/t02080-000>

Bernstein, D. P., et Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire : A retrospective self-report manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Blaney, P. H., Krueger, R. F., et Millon, T. (2015). *Oxford textbook of psychopathology* (Third edition. ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.

Blondin, S., Bauza, A., Michaud, S., Coache, J., Marie, J., Tardif, D., et Simard, S. (2014). Le trouble de la personnalité limite. *Revue spécialisée Familles et santé mentale*, 42, 1-23. *International Journal of Psycho-Analysis*, 25, 19-53.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1). New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss* (Vol. 2). New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London, UK: Tavistock.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss* (Vol. 3). New York : Basic book.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

Bowlby, J. (1988). The role of attachment in personality development. In Bowlby, J. ed. *Parent Child Attachment and Human Health Development*. London: Routledge, 240-294.

Burgess Moser, M. et al. (2016). Changes in relationship-specific attachment in emotionally

- focused couple therapy. *Journal of marital and family therapy*, 42(2), 231-245.  
<http://doi.org/10.1111/jmft.12139>
- Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F., et Yeomans, F. E. (2018). *Psychodynamic therapy for personality pathology: treating self and interpersonal functioning*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Center for Addiction and Mental Health (2009). *Le trouble de la personnalité limite : Guide d'information à l'intention des familles*. Canada.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., et Kernberg, O. F. (2003). *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. Unpublished manuscript. New York: Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates, Inc.
- Coutanceau, R., et Smith, J. (2013). *Troubles de la personnalité : ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux*. Paris: Dunod.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P. et Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin Journal*, 135(3), 495-510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Damasio, A. R. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and Feeling Brain*. New York: Harvest Books.
- Eichhorn, S., Brähler, E., Franz, M., Friedrich, M., et Glaesmer, H. (2014). Traumatic experiences, alexithymia, and posttraumatic symptomatology: a cross-sectional population-based study in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 1-10.  
<http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.23870>

- Fasihi, R., Hassanzadeh, R., et Mahmoudi, G. (2013). Correlation between Attachment Style, Alexithymia and Resiliency in University Students. *International Journal of Basic Sciences and Applied Research*, 2(10), 898-902. doi: [10.22034/JHI.2019.80897](https://doi.org/10.22034/JHI.2019.80897)
- Feindler, E. L., Rathus, J. H., et Silver, L. B. (2003). *Self-report inventories for the assessment of children Assessment of family violence: A handbook for researchers and practitioners*, (pp. 125-227). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72, 639-656.
- Fonagy, P., et Bateman, A. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide*. Oxford University Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., et Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press.
- Fonagy, P., et Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>.
- Fonagy, P. et Luyten, P. (2018). Attachement, Mentalizing, and the Self. In: *Handbook of Personality Disorder – 2<sup>nd</sup> edition*. New York: The Guilford Press. 123-140.
- Fonagy, P., et Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-233.
- Fonagy, P., Target, M., et Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America* 23(1), 103–122. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70146-5](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70146-5)

- Fonagy, P., et Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335. <https://doi.org/10.1080/07351692209348990>
- Frias, A., Palma, C., Farriols, N., Gonzalez, L., et Horta, A. (2016). Anxious adult attachment may mediate the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 10(4), 274–284. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1002/pmh.1348>
- Gélinas, S., Balbinotti, M. A. B., et Labonté, S. H. (2015). Factor analysis of french translation of the Barratt impulsiveness scale (BIS-11). *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 3(2), 55-67. <https://doi.org/10.18316/2317-8582.15.5>
- Givertz, M., Wozidlo, A., Segrin, C., & Knutson, K. (2013). Direct and indirect effects of attachment orientation on relationship quality and loneliness in married couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(8), 1096-1120.  
doi: 10.1177/0265407513482445
- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., . . . Siever, L. J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 2018–2024.  
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.2018>
- Griffin, D., et Bartholomew, K. (1994). Metaphysics of measurement: The case of adult attachment. Dans K. Bartholomew et D. Perlman (dir.), *Advances in personal relationships, Vol. 5: Attachment processes in adulthood* (p.17-52). London: Jessica Kingsley.
- Guédény, N., et Guédény A. (2015). *L'attachement : approche théorique (4<sup>e</sup> éd.)*. France : Elsevier Masson.

- Gunderson, J. G., et Hoffman, P. D. (2005). Understanding and treating borderline personality disorder : A guide for professionals and families (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Houben, M., Van Den Noortgate, W., et Kuppens, P. (2015). The relation between short-term emotion dynamics and psychological well-being: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141, 901–930. <http://doi.org/10.1037/a0038822>
- Institut national de santé publique du Québec (2015). Surveillance des troubles de la personnalité au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Québec, Canada.
- Johnson, S.M. (2019). *Attachment theory in practice*. Guilford.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., et Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63, 579–587. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.579>
- Knefel, M., Tran, U. S., et Lueger-Schuster, B. (2016). The association of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder from a network analytical perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 70-78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.002>
- Kooiman, C. G., Spinhoven, P., et Trijsburg, R. W. (2002). The assessment of alexithymia: a critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1083-1090. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00348-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00348-3)
- Kulkarni, J. (2017). Complex PTSD – a better description for borderline personality disorder? *Australasian Psychiatry*, 25(4), 333-335. <https://doi.org/10.1177/103985621770028>
- Laporte, L., et Guttman, H. (1996). Traumatic childhood experiences as risk factors for

- borderline and other personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 10, 247–259. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.1996.10.3.247>
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Weber, M., Reynoso, J., et Clarkin, J.F. (2005). Attachment and borderline personality disorder: implications for psychotherapy. *Psychopathology*, 38, 64–74. <https://doi.org/10.1159/000084813>
- Levy, K. N., et al. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 1027-1040. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>
- Lewis, K. L., et Grenyer, B. F. S. (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harvard review of psychiatry*, 17(5), 322. <https://doi.org/10.3109/10673220903271848>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., et Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364 (9432), 453-461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2<sup>nd</sup> ed). New York: The Guilford Press.
- Livesley, W. J., et Larstone, R. (2018). *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Loas, G., Corcos, M., Stephan, P., Pellet, J., Bizouard, P., Venisse, J. L., Perez- Diaz, F., Guelfi, J. D., Flament, M., et Jeammet, P. (2001). Factorial structure of the 20-item Toronto

- Alexithymia Scale confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(5), 255-261. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00197-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00197-0)
- Loas, G., Speranza, M., Pham-Scottez, A., Perez-Diaz, F., et Corcos, M. (2012). Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(2), 147–152. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.jpsychores.2011.11.006>
- Lussier, Y. (2018, December 12). Questionnaire de perception. Retrieved from :  
[https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC150/F2106979843\\_quest\\_4\\_styles.pdf](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC150/F2106979843_quest_4_styles.pdf)
- MacIntosh, H. B., Godbout, N., et Dubash, N. (2015). Borderline Personality Disorder: Disorder of Trauma or Personality, a Review of the Empirical Literature. *Canadian Psychology*, 56(2), 227-241. <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000028>
- Malalagama, A. S., Tennakoon, S., et Abeyasinghe, D. R. R. (2018). Validation of Adolescent Suicide Assessment Protocol-20 (ASAP-20) to Sri Lankan adolescents. *Asian Journal of Psychiatry*, 33, 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.02.016>
- Marcel, A. (2003). *The sense of agency: Awareness and ownership of action*. In J. Roessler and N. Eilan (Eds.), *Agency and Self-Awareness* (pp. 48-93). New York: Oxford University Press.
- McLean, L. M., et Gallop, R. (2003). Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 369-371. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.369>
- Meaney, R., Hasking, P., et Reupert, A. (2016). Borderline personality disorder symptoms in college students: The complex interplay between alexithymia, emotional dysregulation and rumination. *PLoS ONE*, 11(8), Article e0157294.

- Mehran, F. (2011). *Traitement du trouble de la personnalité borderline : thérapie cognitive émotionnelle, approche intégrative* (2e éd. ed.). Issy-les-Moulineaux [France]: Elsevier Masson.
- Norman, H., et Borrill, J. (2015). The relation between self-harm and alexithymia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 405-19.
- O'Donohue, W. T., Fowler, K. A., et Lilienfeld, S. O. (2007). *Personality disorders : toward the DSM-V*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Oskis, A., et Borrill, J. (2019). Attachment style and alexithymia as predictors of nonsuicidal self-injury in young adults: A pilot study. *Maltrattamento e Abuso All'Infanzia: Rivista Interdisciplinare*, 21(1), 11–21. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.3280/MAL2019-001002>
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., et Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 201-220. <https://doi.org/10.7202/008831ar>
- Paris, J. (1998). Does childhood trauma cause personality disorders in adults? *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 148–153. <https://doi.org/10.1177/070674379804300203>
- Pugliese, J., Lecours, S., et Boucher, M.-È. (2019). Régulation émotionnelle et alexithymie : des précurseurs des conduites alimentaires à risque. *Revue québécoise de psychologie*, 40(2), 235-261. <https://doi.org/10.7202/1065911ar>
- Redondo, I., et Luyten, P. (2020). Alexithymia mediates the relationship between insecure attachment and eating disorder symptoms. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. Advance online publication. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1007/s10942-020-00381-0>

- Sanislow, C. A., Grilow, C. M., et McGlashan, T. H. (2000). Factor analysis of DSM-III-R borderline personality criteria in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1629-1633. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1629>
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., et Sansone, L. A. (1995). Self-Harm Inventory [Database record]. Retrieved from PsycTESTS. <https://doi.org/10.1037/t03335-000>
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., et Sansone, L. A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI): Development of a Scale for Identifying Self-Destructive Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 974-983. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199811\)54:7<973::AID-JCLP11>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<973::AID-JCLP11>3.0.CO;2-H)
- Sansone, R. A., et Wiederman, M. W. (2015). The self-harm inventory: A meta-analysis of its relationship to the personality diagnostic questionnaire-4 as a measure of borderline personality disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19(4), 290-293. <https://doi.org/10.3109/13651501.2015.1074708>
- Sauer, E. M., Anderson, M. Z., Gormley, B., Richmond, C. J., et Preacco, L. (2010). Client attachment orientations, working alliances, and responses to therapy: A psychology training clinic study. *Psychotherapy research*, 20(6), 702-711. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.518635>
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., et Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 349-367. <https://doi.org/10.1080/14616730500245880>
- Taylor, P, Rietzschel, J, Danquah A., et Berry, K. (2014). Change in attachment representations during psychological therapy. *Psychotherapy research*, 25, 222-238. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.886791>

- Van Dijke, A., Ford, J., Van der Hart, O., Van Son, M., Van der Heijden, P., et Bühring, M. (2010). Affect dysregulation in borderline personality disorder and somatoform disorder: Differentiating under- and overregulation of affect. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 296–311. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.3.296>
- van Dijke, A., Ford, J. D., van Son, M., Frank, L., et van der Hart, O. (2013). Association of childhood-trauma-by-primary caregiver and affect dysregulation with borderline personality disorder symptoms in adulthood. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 217–224. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027256>
- Webb, D., et McMurrin, M. (2008). Emotional intelligence, alexithymia and borderline personality disorder traits in young adults. *Personality and Mental Health*, 2(4), 265–273. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1002/pmh.48>
- Zakhour, M., Haddad, C., Salameh, P., Akel, M., Fares, K., Sacre, H., Hallit, S., et Obeid, S. (2020). Impact of the interaction between alexithymia and the adult attachment styles in participants with alcohol use disorder. *Alcohol*, 83, 1–8. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.alcohol.2019.08.007>
- Zanarini, M. C., et Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11(1), 93-104. <https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.1.93>
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., . . . Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101-1106. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1101>
- Zanarini, M. C., et Frankenburg, F. R. (2008) *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality*

*Disorder: Self-report Version (ZAN-BPD: SRV)*. McLean Hospital; Belmont, MA.

Zanarini, M. C., Weingeroff, J. L., Frankenburg, F. R., et Fitzmaurice, G. M. (2015).

Development of the self-report version of the Zanarini rating scale for borderline personality disorder. *Personal Mental Health*, 9(4), 243-249.

<https://doi.org/10.1002/pmh.1302>.

Zittel Conklin, C., Bradley, R., et Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 69–77.

<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198138.41709.4f>

## ANNEXES

## ANNEXE A

### Déclaration éthique et certificat éthique du CÉR de l'UQO



### *Déclaration éthique*



#### 1- TITRE

<b>1.1 – Titre du projet de recherche ou de l'infrastructure financée</b> Veuillez définir tout sigle ou acronyme.
Projet (remplir les sections 2, 3, 4, 6, 7 et 8) :  Les variables intrapersonnelles et interpersonnelles affectant l'apparition ainsi que la sévérité des symptômes liés au trouble de la personnalité limite : une étude exploratoire    Infrastructure financée (remplir les sections 2, 5, 6 et 8) :

#### 2- PERSONNE RESPONSABLE DU PROJET OU DE L'INFRASTRUCTURE DE RECHERCHE

<b>2.1 – Identification</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Prénom: Pascale  Nom: Viau
<b>2.2 – Statut</b>	
<input type="checkbox"/> Professeur <input type="checkbox"/> Autre Précisez:	<input checked="" type="checkbox"/> Étudiant Code permanent: .  <input type="checkbox"/> Stagiaire postdoctoral Code permanent:
<b>2.3 – Coordonnées</b>	
Adresse de correspondance:	Département: Psychoéducation et psychologie
Adresse électronique: viap04@uqo.ca	Programme (ex.: Maîtrise en .): Doctorat en psychologie clinique
Téléphone: Jour: Soir:	Directeur/directrice de recherche: Paul S. Greenman N° de poste: 2686

### 3- CO-CHERCHEURS

Nom	Statut (P) Professeur (E) Étudiant (R) Personnel de recherche	Établissement

### 4- RENSEIGNEMENTS RELATIFS À UN PROJET DE RECHERCHE

(Veuillez remplir toutes les sections)

<b>4.1 – Ce projet est-il financé?</b> Veuillez définir tout sigle ou acronyme.	
<input checked="" type="checkbox"/> Oui. Par qui? : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) <input type="checkbox"/> Non	
<b>4.2 – Unité budgétaire (si disponible)</b>	
N/A	
<b>4.3 – Numéro d'octroi fourni par l'organisme subventionnaire</b>	
N/A	
<b>4.4 – Ce projet est-il sous la responsabilité d'un autre établissement?</b> Veuillez définir tout sigle ou acronyme.	
<input checked="" type="checkbox"/> Oui. Lequel? : Hôpital Montfort, CISSS de l'Outaouais <input type="checkbox"/> Non	
<b>4.5 – Les projets soumis au CÉR doivent avoir fait l'objet d'une évaluation scientifique.</b> Ce projet a fait l'objet d'une évaluation par :	
<input type="checkbox"/> un comité d'organisme subventionnaire	Lequel:
<input checked="" type="checkbox"/> un comité de recherche départemental	Lequel: Comité d'évaluation PED
<input type="checkbox"/> le comité de la recherche et de la création de l'UQO	
<input type="checkbox"/> un pair	Lequel:
<input checked="" type="checkbox"/> un directeur de recherche	Lequel: Paul S. Greenman
<input type="checkbox"/> autre	Lequel:
Si votre projet n'a pas fait l'objet d'une évaluation scientifique, veuillez en expliquer les raisons:	

**5- RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU FINANCEMENT D'INFRASTRUCTURE DE RECHERCHE NE NÉCESSITANT PAS UN CERTIFICAT D'ÉTHIQUE.**

<b>5.1 – Nom de l'organisme subventionnaire</b> Veuillez définir tout sigle ou acronyme.
<b>5.2 – Numéro de l'unité budgétaire (si disponible)</b>

**6- DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS**

- OUI**, je déclare qu'il existe un risque de conflit d'intérêts personnel ou institutionnel réel, potentiel ou apparent, et que j'ai complété le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* qui se trouve à l'annexe B de la *Politique d'intégrité dans les activités de recherche et de création* et l'aie transmise aux personnes concernées.
- NON**, je déclare qu'il n'existe aucun risque de conflit d'intérêts personnel ou institutionnel réel, potentiel ou apparent tel que défini dans *Politique d'intégrité dans les activités de recherche et de création*.

**7- PROJET DE RECHERCHE**

(Cochez la case qui décrit le mieux votre situation)

<b>SECTION A - ACTIVITÉS DE RECHERCHE NÉCESSITANT UN CERTIFICAT D'ÉTHIQUE</b>
JE DÉCLARE QUE MON PROJET DE RECHERCHE EST:
<input checked="" type="checkbox"/> Une recherche menée avec des êtres humains par le biais d'une intervention, d'une interaction, d'une observation en milieu naturel ou la collecte de données confidentielles et personnelles sur des individus qui ne sont pas disponibles publiquement;
<input type="checkbox"/> Une utilisation secondaire de données (c'est-à-dire pour des fins autres que celles pour lesquelles elles ont été recueillies) qui contiennent de l'information qui peut permettre d'identifier un être humain ou un groupe et qui ne sont pas accessibles ni disponibles publiquement;
<input type="checkbox"/> Une recherche qui se situe à l'intérieur d'un programme ou d'un projet déjà approuvé par le Comité d'éthique de la recherche, mais pour lequel le chercheur (professeur ou étudiant) effectue un recrutement non prévu au projet initial;
<input type="checkbox"/> Une recherche qui comporte l'utilisation de renseignements nominatifs issus d'un projet préalablement approuvé ou d'une banque de données, mais dont l'information sera utilisée à des fins non prévues initialement, ou qui débordent des paramètres du consentement donné à l'origine;
<input type="checkbox"/> Autre – vous devez fournir le détail de vos activités de recherche:

<b>SECTION B – ACTIVITÉS DE RECHERCHE NE NÉCESSITANT PAS UN CERTIFICAT D'ÉTHIQUE</b>	
JE DÉCLARE QUE MON PROJET DE RECHERCHE EST:	
<input type="checkbox"/>	Une recherche qui a trait à une personnalité publique ou à un artiste vivant et qui repose sur des documents accessibles au public, sans que la personne concernée ne soit approchée directement;
<input type="checkbox"/>	Un projet de recherche fondé exclusivement sur l'utilisation secondaire de renseignements anonymes ou de matériel biologique humain anonyme, à condition que les procédures de couplage, d'enregistrement ou de diffusion ne créent pas de renseignements identificatoires (EPTC2, article 2.4);
<input type="checkbox"/>	Des activités artistiques qui intègrent essentiellement une pratique créative et qui ne font pas appel à une pratique créative en vue de recueillir auprès de participants des réponses qui seront ensuite analysées dans le cadre des questions liées au projet de recherche (EPTC2, article 2.6);
<input type="checkbox"/>	Un sondage et/ou une étude de marché, réalisés sans recueillir des renseignements personnels et/ou confidentiels;
<input type="checkbox"/>	Une étude d'assurance-qualité pour une entreprise ou une organisation, une étude comparative de performance ou étude de coûts d'utilisation;
<input type="checkbox"/>	Une évaluation de rendement ou administration de tests effectués dans le contexte d'un cours ou d'un processus pédagogique régulier qui ne comporte aucun élément de recherche;
<input type="checkbox"/>	Une analyse de politiques publiques, enquête journalistique, critique littéraire;
<input type="checkbox"/>	Une étude strictement limitée à l'évaluation du rendement d'un organisme ou de son personnel;
<input type="checkbox"/>	Autre – vous devez fournir le détail de vos activités de recherche:

Si vous avez coché l'une des cases apparaissant à la **Section A**, vous devez remplir une *Demande de certificat d'éthique pour une recherche avec des êtres humains ou avec des données secondaires*, selon le cas. Les formulaires sont disponibles à l'adresse [www.uqo.ca/ethique](http://www.uqo.ca/ethique)

Si vous avez coché l'une des cases apparaissant à la **Section B**, vous n'avez pas à remplir une demande de certificat d'éthique. Si au cours de votre projet vous deviez modifier votre recherche par l'ajout de participants humains ou faire une utilisation secondaire de données qui permet d'identifier des sujets, vous devrez remplir une demande de certificat éthique et l'acheminer au secrétariat du comité d'éthique de la recherche avant de commencer et/ou de poursuivre vos activités.

## 8- SIGNATURES

Je déclare que toutes les informations fournies dans la présente Déclaration éthique sont exactes et complètes. Je m'engage à respecter les principes de protection des renseignements personnels, à informer les membres de mon équipe de recherche des règles de respect de ces principes et à leur faire signer un engagement à la confidentialité, le cas échéant.

SIGNÉ à (lieu) Gatineau . le (date) 21/09/2018

\_\_\_\_\_

Signature de la personne responsable de l'activité de recherche

Authentification électronique si transmission par MOODLE

**Pour les projets des étudiants/étudiantes et des stagiaires postdoctoraux, la signature de la personne qui supervise l'activité de recherche est également requise.**

SIGNÉ à (lieu) Gatineau . le (date) 21/09/2018

\_\_\_\_\_

Signature du directeur ou de la directrice de recherche

Authentification électronique si transmission par MOODLE

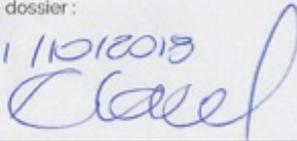
### SECTION RÉSERVÉE AU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Numéro de dossier :

Date : 01/10/2018

Signature :

3069



### SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION POUR L'OUVERTURE DU COMPTE

Unité budgétaire confirmée :

Date :

Signature :

Notre référence: 3069

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

**Projet:** **Les variables intrapersonnelles et interpersonnelles affectant l'apparition ainsi que la sévérité des symptômes liés au trouble de la personnalité limite : une étude exploratoire**

**Soumis par:** Pascale Viau  
Étudiante  
Département de psychoéducation et de psychologie  
Université du Québec en Outaouais

**Financement:** CRSH

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au: 19 octobre 2019

Le président du Comité d'éthique de la recherche  
André Durivage



Date d'émission: 19 octobre 2018

## ANNEXE B

### Certificat éthique du CÉR de l'Hôpital Montfort



Affilié à l'Université d'Ottawa | Affiliated with the University of Ottawa

#### Certificat d'approbation éthique Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Hôpital Montfort

Le 5 octobre 2018

#### Chercheuse principale :

Pascale Viau  
Université du Québec en Outaouais  
[viap04@uqo.ca](mailto:viap04@uqo.ca)

#### Superviseur et responsable de site Montfort

Paul Samuel Greenman  
Université du Québec en Outaouais  
[paul.greenman@uqo.ca](mailto:paul.greenman@uqo.ca)

**Titre du projet :** « Les variables intrapersonnelles et interpersonnelles affectant l'apparition ainsi que la sévérité des symptômes liés au trouble de la personnalité limite : une étude exploratoire. »

**Numéro du dossier :** 18-19-09-025

**Date de début :** 5 octobre 2018

**Date de fin :** 4 octobre 2019

En conformité avec la dernière édition de l'Énoncé de politique des trois conseils — Éthique de la recherche avec des êtres humains (ÉPTC 2), je confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Hôpital Montfort a évalué et **approuvé votre projet de recherche** et les documents suivants pour les dates de début et de fin mentionnées ci-dessus :

- Protocole de recherche, version datée du 20 septembre 2018
- **Annexe A :** Outils de mesure soumis le 20 sept. 2018
  - Barratt Impulsiveness Scale (FR et AN)
  - Childhood Trauma Questionnaire (FR et AN)
  - DERS-F: Échelle de régulation émotionnelle (FR et AN)
  - Experiences in Close Relationship – Relationship Structures Questionnaire (FR et AN)
  - Perceived rejection scale (FR et AN)
  - Questionnaire sociodémographique (FR et AN),
  - Relationship Questionnaire (FR et AN)
  - Self-Harm Inventory (SHI) (FR et AN)
  - Toronto Alexythymia Scale-20 (FR et AN)
  - Échelle d'évaluation de Zanarini pour le trouble de la personnalité limite (FR et AN)
- **Annexe B :** Affiche clinique (FR et AN), soumis le 20 sept. 2018
- **Annexe C :** Pamphlet clinique (FR et AN), soumis le 20 sept. 2018
- **Annexe D :** Formulaire de consentement clinique, version FR datée du 2 oct. et version AN du 5 oct. 2018
- **Annexe E :** Script de recrutement téléphonique \_ groupe clinique, version datée du 5 octobre 2018
- **Annexe F :** Texte de présentation projet de recherche \_ groupe clinique, version datée du 3 oct. 2018
- **Annexe G :** Formulaire de consentement pour le personnel (FR et AN), version datée du 19 sept. 2018
- **Annexe H :** Affiche publicitaire : échantillon non-clinique (FR et AN), soumise le 20 sept. 2018
- **Annexe I :** Pamphlet : échantillon non-clinique (FR et AN), soumis le 20 sept. 2018
- **Annexe J :** Formulaire de consentement non clinique, version FR datée du 2 oct. et version AN du 5 oct. 2018

713 Montréal, Ottawa, ON K1K 0T2  
413-746-4621  
413-748-4914  
[www.hopitalmontfort.com](http://www.hopitalmontfort.com)



- **Annexe K** : Script de recrutement téléphonique \_ groupe non-clinique, version datée du 3 oct. 2018
- **Annexe L** : Texte de présentation projet de recherche non-clinique, version datée du 5 sept. 2018
- **Annexe M** : Feuille à circuler dans les classes lors des présentations, version datée du 5 sept. 2018
- **Annexe Q** : Approbation universitaire du sujet de recherche

Le CÉR de l'Hôpital Montfort est constitué et exerce ses activités d'une manière conforme aux Bonnes pratiques cliniques : directives consolidées, du Conseil international sur l'harmonisation des exigences techniques relatives à l'homologation des produits pharmaceutiques à usage humain (CIH-BPC E6), à la Partie C, Titre 5, du Règlement sur les aliments et drogues et aux règlements applicables, à la partie 4 du Règlement sur les produits de santé naturels; à la partie 3 du Règlement sur les instruments médicaux, au « Code of Federal Regulations » des États-Unis, à la Loi ontarienne de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, de même qu'aux lois et règlements applicables en Ontario.

Le protocole de l'étude ne peut être modifié sans une approbation préalable du CÉR sauf s'il est question de la sécurité immédiate des participants. Le chercheur doit, avant toute utilisation, soumettre pour évaluation et approbation toutes les modifications au protocole et à la documentation destinée aux participants, par exemple, formulaire de consentement et aux outils de recrutement. Vous devez aussi aviser le CÉR immédiatement de tout événement indésirable ou nouvelle information pouvant augmenter le risque ou modifier le cours du projet de recherche.

Veillez-nous acheminer quatre semaines avant la date d'échéance de cet avis d'approbation, un rapport d'étape annuel et le cas échéant une demande de renouvellement du certificat d'approbation éthique de l'étude. Vous pouvez en tout temps soumettre un formulaire de fin d'étude et y joindre un rapport final.

Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec le bureau d'éthique de la recherche de l'Hôpital Montfort au 613-746-4621, poste 2221 ou par courriel à [ethique@montfort.on.ca](mailto:ethique@montfort.on.ca).

*Richard Carpentier*

Richard Carpentier, Ph. D.  
Président du Comité d'éthique de la recherche — Hôpital Montfort

## ANNEXE C

### Questionnaire sociodémographique

Les questions ci-dessous visent à amasser des informations générales concernant divers aspects de votre vie. En plus d'être utiles au projet de recherche, les réponses à ces questions nous permettront de mieux vous connaître. Les réponses seront confidentielles; seuls l'évaluatrice du projet et son superviseur y auront accès. Sachez que vous pouvez refuser de répondre à une ou plusieurs de ces questions, sans que cela ait un impact sur votre participation à l'étude.

#### 1. Quel est votre sexe ?

- Féminin
- Masculin

#### 2. Êtes-vous marié ou en couple présentement?

- Oui (depuis combien de temps \_\_\_\_\_)?
- Non

#### 3. Quel âge avez-vous actuellement?

- |  |                             |   |
|--|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 25 ans | <input type="checkbox"/> 32 | <input type="checkbox"/> 40             |
| <input type="checkbox"/> 25              | <input type="checkbox"/> 33 | <input type="checkbox"/> 41             |
| <input type="checkbox"/> 26              | <input type="checkbox"/> 34 | <input type="checkbox"/> 42             |
| <input type="checkbox"/> 27              | <input type="checkbox"/> 35 | <input type="checkbox"/> 43             |
| <input type="checkbox"/> 28              | <input type="checkbox"/> 36 | <input type="checkbox"/> 44             |
| <input type="checkbox"/> 29              | <input type="checkbox"/> 37 | <input type="checkbox"/> 45             |
| <input type="checkbox"/> 30              | <input type="checkbox"/> 38 | <input type="checkbox"/> Plus de 45 ans |
| <input type="checkbox"/> 31              | <input type="checkbox"/> 39 |   |

#### 4. Quel est votre plus haut degré de scolarité complété?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Secondaire non complété | <input type="checkbox"/> Baccalauréat  |
| <input type="checkbox"/> Secondaire complété     | <input type="checkbox"/> Maîtrise      |
| <input type="checkbox"/> Études professionnelles | <input type="checkbox"/> Doctorat      |
| <input type="checkbox"/> Collégial               | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

#### 5. Quelle est votre principale occupation présentement?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'aide sociale | <input type="checkbox"/> Retraité(e)           |
| <input type="checkbox"/> Chômeur(se)                    | <input type="checkbox"/> Travail plein temps   |
| <input type="checkbox"/> Étudiant(e)                    | <input type="checkbox"/> Travail temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Mère(père) à la maison         |  |

#### 6. Quel est votre revenu annuel avant les déductions d'impôts? N'incluez pas le revenu de votre conjoint(e).

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 10 000\$ | <input type="checkbox"/> 55 000 à 74 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 10 000 à 24 999\$ | <input type="checkbox"/> 75 000 à 99 999\$ |
| <input type="checkbox"/> 25 000 à 34 999\$ | <input type="checkbox"/> 100 000\$ ou plus |
| <input type="checkbox"/> 35 000 à 54 999\$ |  |

**7. Avez-vous des enfants ?**

- Oui
- Non

**8. Si oui, combien ?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 ou plus

**9. Quelle est votre langue maternelle ?**

- Anglais
- Français
- Autre

**10. À quel groupe ethnique considérez-vous appartenir ?**

- Africain
- Arabe
- Asiatique
- Autochtone
- Caucasien

**11. Avez-vous déjà été diagnostiqué par votre médecin ou par un professionnel de la santé mentale avec un trouble psychologique?**

- Oui
- Non

**12. Si oui, le(s)quel(s)?**

- Trouble de l'humeur (« Dépression »)
- Trouble anxieux (« Anxiété »)
- Trouble de stress post-traumatique (« PTSD ou ÉSPT »)
- Trouble de la personnalité (spécifier SVP \_\_\_\_\_)
- Autre (spécifier SVP \_\_\_\_\_)

## ANNEXE D

### Toronto Alexythymia Scale-20

Version française : M.P. Marchand et G. Loas (1994).

Indiquez en utilisant les indications qui figurent ci-dessous à quel point vous êtes en **Accord ou en Désaccord** avec chacune des affirmations qui suivent. Ne donnez qu'une réponse pour chaque proposition, puis encerclez dans la case de droite le chiffre correspondant.

	<b>Items</b>	<b>Désaccord complet</b>	<b>Désaccord relatif</b>	<b>Ni accord ni désaccord</b>	<b>Accord relatif</b>	<b>Accord complet</b>
1.	Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.	1	2	3	4	5
2.	J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.	1	2	3	4	5
3.	J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.	1	2	3	4	5
4.	J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	1	2	3	4	5
5.	Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.	1	2	3	4	5
6.	Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.	1	2	3	4	5
7.	Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.	1	2	3	4	5
8.	Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.	1	2	3	4	5
9.	J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.	1	2	3	4	5
10.	Être conscient(e) de ses émotions est essentiel.	1	2	3	4	5
11.	Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.	1	2	3	4	5
12.	On me dit de décrire davantage ce que je ressens.	1	2	3	4	5
13.	Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.	1	2	3	4	5

	<b>Items</b>	<b>Désaccord complet</b>	<b>Désaccord relatif</b>	<b>Ni accord ni désaccord</b>	<b>Accord relatif</b>	<b>Accord complet</b>
14.	Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.	1	2	3	4	5
15.	Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.	1	2	3	4	5
16.	Je préfère regarder des émissions de variétés plutôt que des dramatiques.	1	2	3	4	5
17.	Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches	1	2	3	4	5
18.	Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.	1	2	3	4	5
19.	Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.	1	2	3	4	5
20.	Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.	1	2	3	4	5

**Merci de bien vouloir vérifier une seconde fois que vous avez répondu à toutes les questions.**

## ANNEXE E

### Relationship Questionnaire

(Bartholomew et Horowitz, 1991)

Les items ci-dessous correspondent à quatre différents styles relationnels souvent rapportés par les gens. Cochez l'item correspondant au style qui vous décrit le mieux.

- A. Il est facile pour moi de me sentir émotionnellement proche des autres. Je suis à l'aise de dépendre d'eux et qu'eux dépendent de moi. Je ne m'inquiète pas de retrouver seule ou que les autres ne m'acceptent pas.
- B. Je me sens inconfortable lorsque de me rapprocher émotionnellement des autres. Je désire des relations affectives proches, mais je trouve difficile de faire totalement confiance aux autres et de dépendre d'eux. Je crains me faire blessée si je me permets de devenir plus proche des autres.
- C. Je veux être complètement et affectivement proche des autres, mais je trouve que ceux-ci hésitent à se rapprocher de moi autant que je le souhaite. Je suis inconfortable lorsque je n'ai pas de relations proches et je m'inquiète lorsque les autres ne me valorisent pas autant que je les valorise.
- D. Je suis à l'aise sans relation affective proche. Il est très important pour moi de me sentir indépendante et autosuffisante. Je préfère ne pas dépendre des autres et qu'eux dépendent de moi.

À l'aide de l'échelle de 1 à 7, évaluez maintenant chacun des styles relationnels ci-dessus en indiquant à quel point chacun correspond à votre style relationnel général.

---

Style A						
1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord			Neutre ou mixte			Fortement en accord

---

---

Style B						
1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord			Neutre ou mixte			Fortement en accord

---

---

Style C						
1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord			Neutre ou mixte			Fortement en accord

---

---

Style D						
1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord			Neutre ou mixte			Fortement en accord

---

**Merci de bien vouloir vérifier une seconde fois que vous avez répondu à toutes les questions.**

## ANNEXE F

Échelle d'évaluation de Zanarini pour le trouble de la personnalité borderline : version autorapportée (ZAN-BPD : SRV)

Encerclez le chiffre qui décrit le mieux la gravité de chacun des symptômes énumérés ci-dessous **au cours de la dernière semaine.**

### 1. Sentiments ou actes de colère

- 0 Je ne me suis pas senti en colère **ou** je n'ai pas agi de manière fâchée.
- 1 Je me suis parfois senti irrité **ou** je réponds parfois sèchement aux gens, **ou** de manière sarcastique.
- 2 Je me suis souvent senti irrité **ou** je réponds souvent sèchement aux gens, **ou** de manière sarcastique.
- 3 J'ai souvent ressenti de la colère **ou** j'ai eu plusieurs crises de colère.
- 4 Je me suis senti enragé la plupart du temps **ou** j'ai eu un accès de colère chaque jour.

### 2. Humeur changeante (changements fréquents dans l'humeur passant de se sentir bien à se sentir vraiment triste ou très irritable ou extrêmement anxieux)

- 0 Je ne me suis pas senti d'humeur changeante.
- 1 Je me suis parfois senti d'humeur changeante.
- 2 Je me suis souvent senti d'humeur changeante.
- 3 Je me suis souvent senti d'humeur très changeante.
- 4 La plupart du temps, je me suis senti d'humeur très changeante.

### 3. Sentiment de vide

- 0 Je ne me suis pas senti vide.
- 1 Je me suis parfois senti vide pendant de brèves périodes.
- 2 Je me suis souvent senti vide pendant de brèves périodes.
- 3 Je me suis souvent senti vide pendant des heures.
- 4 Je me suis senti vide la plupart du temps.

#### **4. Perturbation de l'identité**

- 0 J'ai une bonne idée de qui je suis.
- 1 J'ai parfois été incertain de qui je suis.
- 2 J'ai souvent été incertain de qui je suis.
- 3 J'ai souvent senti que je n'avais aucune idée de qui j'étais.
- 4 J'ai senti que je n'avais aucune idée de qui je suis la plupart du temps.

#### **5. Comportements physiques autodestructeurs**

- 0 Je ne me suis pas blessé physiquement **ou** je n'ai pas menacé de me tuer **ou** de faire une tentative de suicide.
- 1 J'ai mentionné penser à me tuer une fois, **ou** m'égratigner **ou** me frapper une fois.
- 2 J'ai menacé de me tuer une fois, **ou** de m'égratigner **ou** de me frapper 2 **ou** 3 fois.
- 3 J'ai menacé de me suicider à plusieurs reprises, **ou** de me couper **ou** de me brûler une fois, **ou** de faire une tentative de suicide qui n'était pas très sérieuse.
- 4 Je me suis coupé **ou** brûlé 2 **ou** 3 fois **ou** j'ai fait une tentative de suicide grave.

#### **6. Autres formes d'impulsivité (comme la toxicomanie, aventures d'un soir, compulsions alimentaires, frapper des gens, casser des choses, conduire de manière imprudente, faire un vol à l'étalage, voler des membres de sa famille ou des amis, vendre de la drogue)**

- 0 Je n'ai pas agi de manière impulsive.
- 1 J'ai agi impulsivement une **ou** deux fois.
- 2 J'ai agi de manière impulsive 3 **ou** 4 fois.
- 3 J'ai agi de manière impulsive 5 à 6 fois.
- 4 J'ai agi de manière impulsive chaque jour.

**7. Méfiance ou sentiment d'irréalité (si la suspicion ou les sentiments d'irréalité sont tous deux présents, sélectionnez le nombre qui représente le symptôme le plus grave des deux)**

- 0 Je ne me suis pas méfié des autres **ou** je me suis senti séparé de mes sentiments.
- 1 Je me suis parfois méfié des autres **ou** je me suis senti parfois séparé de mes sentiments.
- 2 Je me suis souvent méfié des autres **ou** je me suis souvent senti séparé de mes sentiments.
- 3 J'ai souvent été très méfiant envers les autres **ou** je me suis souvent senti très séparé de mes sentiments.
- 4 J'ai été très méfiant envers les autres tous les jours **ou** je me suis senti très séparé de mes sentiments la plupart du temps.

**8. Efforts pour éviter l'abandon**

- 0 Je n'ai pas ressenti le besoin de faire quoi que ce soit pour éviter d'être abandonné.
- 1 J'ai occasionnellement fait des choses que personne ne sait pour me rassurer que personne ne va me quitter.
- 2 J'ai souvent fait des choses dont personne ne sait pour me rassurer que personne ne va me quitter.
- 3 J'ai souvent appelé des amis ou des membres de ma famille pour me rassurer qu'ils se soucient toujours de moi **ou** je les ai suppliés à plusieurs reprises de ne pas me quitter.
- 4 J'ai appelé des amis ou des membres de ma famille tous les jours pour me rassurer qu'ils se soucient toujours de moi **ou** je les supplie tous les jours de ne pas me quitter.

**9. Relations instables (avec des amis, des parents, des partenaires romantiques)**

- 0 Je n'ai pas eu de conflit dans mes relations intimes.
- 1 J'ai parfois argumenté avec quelqu'un que je suis proche **ou** menacé de mettre fin à notre relation.
- 2 J'ai souvent argumenté avec quelqu'un que je suis proche **ou** à plusieurs reprises menacé de mettre fin à notre relation.
- 3 J'ai souvent eu des disputes intenses avec quelqu'un avec qui je suis proche **ou** impulsivement rompu avec quelqu'un qui est important pour moi.
- 4 J'ai eu des disputes intenses chaque jour avec quelqu'un que je suis proche **ou** impulsivement rompu à plusieurs reprises avec quelqu'un qui est important pour moi.

**Merci de bien vouloir vérifier une seconde fois que vous avez répondu à toutes les questions.**

## ANNEXE G

### Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)

Version française : Baylé, Guelfi, Jouvent, Olié et Caci (2007)

Les gens agissent et réfléchissent différemment devant des situations variées. Ce questionnaire a pour but d'évaluer certaines de vos façons d'agir et de réfléchir. Lisez chaque énoncé et ENCERCLEZ le chiffre approprié situé à droite de l'affirmation. Répondez vite et honnêtement.

	<b>Items</b>	<b>Rarement/Jamais</b>	<b>Occasionnellement</b>	<b>Souvent</b>	<b>Presque toujours</b>
1.	Je prépare soigneusement les tâches à accomplir.	4	3	2	1
2.	Je fais les choses sans réfléchir.	1	2	3	4
3.	Je me décide rapidement.	1	2	3	4
4.	Je suis insouciant.	1	2	3	4
5.	Je ne fais pas attention.	1	2	3	4
6.	Mes pensées défilent très vite.	1	2	3	4
7.	Je prépare mes voyages longtemps à l'avance.	4	3	2	1
8.	Je suis maître de moi.	4	3	2	1
9.	Je me concentre facilement.	4	3	2	1
10.	Je met de l'argent de côté raisonnablement.	4	3	2	1
11.	Je ne tiens pas en place aux spectacles ou aux conférences.	1	2	3	4
12.	Je réfléchis soigneusement.	4	3	2	1
13.	Je veille à ma sécurité d'emploi.	4	3	2	1
14.	Je dis les choses sans réfléchir.	1	2	3	4
15.	J'aime réfléchir à des problèmes complexes.	4	3	2	1
16.	Je change d'emploi.	1	2	3	4

	<b>Items</b>	<b>Rarement/Jamais</b>	<b>Occasionnellement</b>	<b>Souvent</b>	<b>Presque toujours</b>
17.	J'agis sur un «coup de tête»	1	2	3	4
18.	Réfléchir sur un problème m'ennuie vite.	1	2	3	4
19.	J'agis selon l'inspiration du moment.	1	2	3	4
20.	Je réfléchis posément.	4	3	2	1
21.	Je change de logement.	1	2	3	4
22.	J'achète des choses sur un «coup de tête».	1	2	3	4
23.	Je ne peux penser qu'à un problème à la fois.	1	2	3	4
24.	Je change de loisir.	1	2	3	4
25.	Je dépense ou paye à crédit plus que je ne gagne.	1	2	3	4
26.	Lorsque je réfléchis d'autres pensées me viennent à l'esprit.	1	2	3	4
27.	Je m'intéresse plus au présent qu'à l'avenir.	1	2	3	4
28.	Je m'impatiente lors de conférences ou de discussions.	1	2	3	4
29.	J'aime les «casse-têtes».	4	3	2	1
30.	Je fais des projets pour l'avenir.	4	3	2	1

**Merci de bien vouloir vérifier une seconde fois que vous avez répondu à toutes les questions.**

## ANNEXE H

### Self-Harm Inventory (SHI)

(Sansone, Wiedeman et Sansone, 1995)

Répondez aux questions suivantes en cochant ‘‘Oui’’, ou ‘‘Non’’. Cochez ‘‘oui’’ *seulement* pour les items que vous avez posés **intentionnellement** ou **volontairement pour vous blesser**.

<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Vous êtes-vous déjà intentionnellement, ou volontairement, ...</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Surdosé(e) (p. ex. médicament)? (Si oui, nombre de fois _____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Coupé(e) volontairement? (Si oui, nombre de fois _____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Brûlé(e) volontairement? (Si oui, nombre de fois _____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Frappé(e)? (Si oui, nombre de fois _____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Cogné(e) la tête volontairement? (Si oui, nombre de fois _____)
<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Avez-vous déjà intentionnellement, ou volontairement, ...</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Abusé d'alcool
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Conduit imprudemment volontairement? (Si oui, nombre de fois _____)
<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Vous êtes-vous déjà intentionnellement, ou volontairement, ...</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Graffigné(e) volontairement? (Si oui, nombre de fois _____)
<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Avez-vous déjà intentionnellement, ou volontairement, ...</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Empêché des plaies de guérir?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Empiré une condition médicale volontairement (p. ex. en ne prenant pas votre médication)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Fait preuve de promiscuité sexuelle (c.-à-d., avoir eu plusieurs partenaires sexuelles successivement)? (Si oui, combien? _____)
<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Vous êtes-vous déjà intentionnellement, ou volontairement, ...</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Engagé(e) dans une relation dans le but d'être rejeté(e)?
<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Avez-vous déjà intentionnellement, ou volontairement, ...</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Abusé de médicaments?
<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Vous êtes-vous déjà intentionnellement, ou volontairement, ...</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Éloigné(e) de Dieu comme punition?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Engagé(e) dans des relations émotionnellement abusives? (Si oui, nombre relations _____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Engagé(e) dans des relations sexuellement abusives? (Si oui, nombre relations _____)
<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Avez-vous déjà intentionnellement, ou volontairement, ...</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Perdu un emploi volontairement? (Si oui, nombre de fois _____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Fait une tentative de suicide? (Si oui, nombre de fois _____)
<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Vous êtes-vous déjà intentionnellement, ou volontairement, ...</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Fait une blessure volontairement?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Torturé(e) avec des pensées autodestructrices?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Affamé(e) pour vous blesser? (p. ex. ne pas manger plusieurs repas)
<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Avez-vous déjà intentionnellement, ou volontairement, ...</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Abusé de laxatifs pour vous blesser ? (Si oui, nombre de fois _____)

*Avez-vous déjà eu recours à d'autres comportements autodestructeurs qui n'ont pas été abordés dans le présent questionnaire? Si oui, veuillez décrire ces comportements ci-dessous.*

---



---



---



---

**Merci de bien vouloir vérifier une seconde fois que vous avez répondu à toutes les questions.**

## ANNEXE I

### Childhood Trauma Questionnaire

(Bernstein, Fink, Handelsman et Foote, 1994)

Les énoncés suivants concernent vos expériences vécues lors de votre enfance et de votre adolescence. Ils concernent vos expériences **avant l'âge de 17 ans**. Elles sont toutes de nature personnelle et intime, ainsi essayez d'y répondre le plus honnêtement possible. Répondez à chacun des items suivants à l'aide de l'échelle de 1 à 5 (1 = jamais vrai, 2 = rarement vrai, 3 = parfois vrai, 4 = souvent vrai, 5 = très souvent vrai).

	<b>Items</b>	<b>Jamais vrai</b>	<b>Rarement</b>	<b>Parfois vrai</b>	<b>Souvent vrai</b>	<b>Très souvent</b>
1.	Je n'avais pas suffisamment à manger.	1	2	3	4	5
2.	Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger.	1	2	3	4	5
3.	Des membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseuse »; « laide » ou d'autres noms semblables.	1	2	3	4	5
4.	Mes parents étaient trop saouls ou trop « gelés » pour prendre soin de la famille.	1	2	3	4	5
5.	Il y avait quelqu'un dans ma famille qui m'aidait à sentir que j'étais importante ou spéciale.	1	2	3	4	5
6.	Je devais porter des vêtements sales.	1	2	3	4	5
7.	Je me sentais aimée.	1	2	3	4	5
8.	Je pensais que mes parents souhaitaient que je ne sois jamais née.	1	2	3	4	5
9.	J'ai été frappée tellement fort par un membre de la famille que j'ai dû voir un médecin ou aller à l'hôpital.	1	2	3	4	5
10.	Il n'y avait rien que je voulais changer concernant ma famille.	1	2	3	4	5
11.	Des membres de ma famille me frappaient si fort que cela laissait des bleus ou des marques.	1	2	3	4	5
12.	J'étais punie avec une ceinture, une planche, une corde ou un autre objet dur.	1	2	3	4	5
13.	Les membres de ma famille prenaient soin les uns des autres.	1	2	3	4	5
14.	Des membres de ma famille me disaient des choses blessantes ou insultantes.	1	2	3	4	5
15.	Je pense que j'étais abusée physiquement.	1	2	3	4	5

	<b>Items</b>	<b>Jamais vrai</b>	<b>Rarement</b>	<b>Parfois vrai</b>	<b>Souvent vrai</b>	<b>Très souvent</b>
16.	J'avais une enfance parfaite.	1	2	3	4	5
17.	J'étais frappée ou battue si fort que cela a été remarqué par une personne comme un professeur, un voisin ou un médecin.	1	2	3	4	5
18.	Je sentais que quelqu'un dans la famille me haïssait.	1	2	3	4	5
19.	Les membres de ma famille se sentaient proches les uns des autres.	1	2	3	4	5
20.	Quelqu'un a tenté de me toucher de manière sexuelle ou a essayé me forcer à le toucher ainsi.	1	2	3	4	5
21.	Quelqu'un m'a menacée de me faire mal ou de raconter des mensonges sur moi si je ne faisais pas d'activités sexuelles avec lui ou avec elle.	1	2	3	4	5
22.	J'avais la meilleure famille du monde.	1	2	3	4	5
23.	Quelqu'un a tenté de me faire faire ou de me faire regarder des activités sexuelles.	1	2	3	4	5
24.	Quelqu'un m'a abusée sexuellement.	1	2	3	4	5
25.	Je crois que j'ai été abusée psychologiquement.	1	2	3	4	5
26.	Il y avait quelqu'un pour m'amener chez le médecin si j'en avais besoin.	1	2	3	4	5
27.	Je crois que j'ai été abusée sexuellement.	1	2	3	4	5
28.	Ma famille était une source de courage et de soutien.	1	2	3	4	5

**Merci de bien vouloir vérifier une seconde fois que vous avez répondu à toutes les questions.**